24 10/48

ОБЩ. ФОНД

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

Р. С. Ф. С. Р.
НАРОДНЫЙ КОМИССАРИАТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

24 10/48

ТРУДЫ
III
ВСЕСОЮЗНОГО СОВЕЩАНИЯ
ПО
ОХРАНЕ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА

1-7 ДЕКАБРЯ 1925 г.

ИЗД. „ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА"
1926. МОСКВА. 26.

59757/1

фонда

61 24 10/48

362.7 (47)

РСФСР

НАРОДНЫЙ КОМИССАРИАТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ТРУДЫ

III ВСЕСОЮЗНОГО С'ЕЗДА ПО ОХРАНЕ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА

810/3

МОСКВА 1—7 ДЕКАБРЯ 1925 ГОДА

БИБЛИОТЕКА ИНСТИТУТ КРАСНОЙ ... ИСКЛЮЧЕН 59757/6

19

ИЗД-ВО „ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА"
МОСКВА—1926

Главлит № 59.803 Тираж 3.000—17 л. Зак. № 860

Предисловие.

При издании трудов 3-го Всесоюзного С'езда по Охране Материнства и Младенчества первоначально решено было издать материал целиком, включая и доклады и прения по затронутым вопросам.

Но бумажный кризис помешал нашим планам. В виду императивного требования со стороны регулирующих органов сократить на 50% все издания, перед нами встала диллема: либо вместо докладов дать тезисы и поместить прения, либо поместить доклады целиком и пожертвовать прениями. Отдел остановился на втором варианте по тем соображениям, что результаты прений нашли себе отражение в резолюциях, а доклады, помещенные целиком, могут служить руководящим и инструктивным материалом для работников по охране материнства и младенчества на весь период до будущего с'езда, потому что они содержат перспективные планы работы на ближайший ряд лет.

В. Лебедева.

Апрель, 1926 г.

Народный комиссар Здравоохранения РСФСР
Н. А. Семашко.

Завед. Отделом Охраны Материнства и Младенчества Наркомздрава РСФСР
В. П. Лебедева.

Программа с'езда.

1. Доклады с мест.
2. Отчетный доклад Отдела Охраны Материнства и Младенчества Н. К. З. — Лебедева.
3. Работа в деревне (методы и достижения) — Федер (Украина).
4. Диспансеризация в деле охраны материнства и младенчества — Ногина (Москва).
5. О социальной помощи матерям на Украине — Триполова.
6. Отдача детей на воспитание в г. Москве — Павловский (Москва).
7. О педологической работе в учреждениях охраны материнства и младенчества — Дурново (Москва).
8. Педагогическая практика в учреждениях для детей раннего возраста — Аксарина и Митина (Москва).
9. О практической педагогике с детьми грудного возраста — Файвусиович (Москва).
10. Педагогическая работа в детских учреждениях Московского П/Отдела Охраны Материнства и Младенчества — Бибанова (Москва).
11. Консультация для женщин (задачи и методы) — Рахманов (Москва).
12. Взаимное страхование материнства — Боголепов (Москва).
13. Проверка нашей политики по вопросу об аборте — Генс (Москва).
14. О Государственном Научном Институте Охраны Материнства и Младенчества Наркомздрава — Сперанский (Москва).
15. О Ленинградском Научном Институте Охраны Материнства и Младенчества — Менделеева (Ленинград).
16. Подготовка персонала для учреждений охраны материнства и младенчества — Лагутяева (Москва).
17. Охрана Материнства и Младенчества в Англии — Г. Н. Сперанский (Москва).
18. Охрана Материнства и Младенчества в Германии — Альтгаузен (Москва).
19. Охрана Материнства и Младенчества в Австрии — М. М. Райц (Москва).
20. Охрана Материнства и Младенчества во Франции — Мичник (Ленинград).
21. О рождаемости и смертности — Михайловский (Москва).
22. Вопросы санитарной статистики — Кувшинников (Москва).

Норма представительства и состав с'езда.

3-й Всесоюзный С'езд по Охране Материнства и Младенчества состоялся в декабре 1925 г. (с 1 по 7-ое). Приглашались: Заведующие Отделами Охраны Материнства и Младенчества Союзных Республик, Заведующие Областными, Губернскими и Окружными П/Отделами Охраны Материнства и Младенчества, Заведующие П/Отделами автономных областей, автономных республик, губернские инструктора и по 2 уездных инструктора на губернию.

Всего было приглашено делегатов—263; на с'езд прибыло—638. Из них кандидатов и членов ВКП (б)—196, Всего с решающим голосом было делегатов—215, с совещательным—399.

На с'езде были представлены следующие национальности: великоруссы, белоруссы, малороссы, поляки, евреи, армяне, татары, чуваши, зыряне, румыны, литовцы, немцы и финны.

Врачей на с'езде было—340.

Работниц и крестьянок—77.

Заведующих П/Отделами было 55; по стажу работы в области охраны материнства и младенчества они распределяются следующим образом: с годичным стажем—21, со стажем от 2 до 5 лет—24 и свыше 5 лет—10.

Итоги и перспективы охраны материнства и младенчества.

В. П. Лебедева.

Выступая перед таким многочисленным собранием, перед своими работниками, которые с'ехались со всех уголков Союза, естественно, чувствуешь некоторое смущение и некоторую, если хотите, робость, как будто бы какое-то внутреннее обязательство сказать новое слово, дать какие-то новые лозунги. Вспомните, товарищи, историю наших совещаний. Мы собирались в первый раз в 1920 г., именно в тот период, когда мы, так сказать, пригоршнями бросали лозунги, лозунги в массу, задания себе, и торопливо, стремительно строили.

Второе Всероссийское Совещание по Охране Материнства и Младенчества в 1923 г. имело более спокойный характер, как спокойнее был и темп работы. Мы перестали так щедро бросать лозунги и начали конкретизировать свои формы работы, намечать новые области, где наша работа еще не была поставлена: крестьянство, деревню.

Теперь мы, собираемся с вами третий раз.

Перед вами прошла картина докладов со всех концов нашего Союза, и вы видите сами, до какой степени наша работа вошла прочно в сознание масс, схему строительства, до какой степени наши лозунги претворились в жизнь. Если хотите, наш теперешний с'езд можно назвать директивным, как каждый с'езд, как каждое аналогичное совещание работников: мы должны совместно наметить для себя директивы для продолжения нашей работы. Но мы уже не будем заниматься агитационными лозунгами, лозунгами, сплачивающими наших работников, потому что сплоченность перед вами на-лицо. Мы сейчас присутствуем при таком громадном стечении делегатов, действительно низовых работников с мест, которое является лучшим доказательством того, что сплачивать, агитировать нам уже нечего. И масса и наши работники достаточно с'агитированы и спаяны; наша работа достаточно популярна. Характер нашего с'езда должен быть определен, главным образом, как учетный: нам нужно учесть для самих себя наши достижения, наши промахи, поставить новые вехи и по ним двигаться дальше.

Просматривая бегло ту работу, которую мы с вами проделали, мы видим, что эти годы, громко говоря, мы можем назвать годами «борьбы и победы». Если на нашем фронте мирного строительства это звучит, может быть, несколько высокопарно и несколько патетически, то мы-то с вами знаем, что мы действительно пережили и годы борьбы и годы победы, и мы имеем до известной степени право на эту формулу, потому что у нас были и серьезные провалы в нашей организации и бесспорные завоевания. Вы знаете, и я не буду повторять, какие эпохи мы переживали. Я хочу отметить

Копия.

С В Е Д Е Н И Я

о количестве учреждений по охране материнства и младенчества.

Название учреждений.	По Р.С.Ф.С.Р.										По С.С.С.Р.
	1917 г.	1918 г.	1919 г.	1/I 1920 г.	1/I 1921 г.	1/I 1922 г.	1/I 1923 г.	1/I 1924 г.	1/I 1925 г.	1/X 1925 г.	1/X 1925 г.
Ясли фабричные и районные .	14	78	126	565	668	914	447	503	536	584	778
Постоянные сельские ясли . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5
Дома матери и ребенка	—	10	17	99	125	237	110	91	80	96	103
Дома ребенка	7	92	121	370	418	765	491	362	313	287	433
Консультации для детей . . .	6	39	58	133	161	179	137	165	262	372	521
Консультации для беременных.	—	—	—	—	—	29	28	95	169	208	276
Выставки, распределительные родильные дома и проч. .	7	29	46	85	107	384	131	45	52	52	58
Сельские консультации	—	—	—	—	—	—	—	7	117	120	372
Юридические консультации . .	—	—	—	—	—	—	—	30	130	130	130
Итого	34	248	368	1.252	1.479	2.508	1.344	1.298	1.659	1.854	2.676

Кроме того было летних сельских яслей: в 1921 г. по РСФСР. — по УССР. 46 по СССР. 46
„ 1922 г. „ „ 125 „ 123 „ 248
„ 1923 г. „ „ 209 „ 266 „ 475
„ 1924 г. „ „ 524 „ 426 „ 950
„ 1925 г. „ „ 1.853 „ 738 „ 2.614

характер нашего с'езда, как учетный, потому что нам есть действительно что подытоживать, и мы действительно имеем достижения.

Картина, которая прошла перед вами в докладах товарищей с мест, неровна. С одной стороны, у нас Москва, с громадно развитой организацией, которая думает, что ее реальная работа фактически уже переросла те организационные формы, которые мы намечали. С другой стороны, вы имеете Крым, где, как вам докладывали, в Райисполкоме еще нужно об'яснять, что такое консультация. Потом прошли перед вами доклады восточников, где не только нет еще установившихся организационных форм, но которым приходится бороться и прививать самые примитивные гигиенические навыки населению. Но на общем фоне этой пестроты, на общем фоне этой пестрой картины, пестрой, если хотите, в смысле реализации наших организационных форм, вы должны все-таки отметить единую общую линию в смысле построения самой организации, и в смысле характера работы, и даже в смысле достижений. Если товарищ из Азербейджана говорит нам, что те формы работы, которые приняты в нашей республике, не совсем укладываются в общий колорит местной работы, не совсем увязываются с бытовыми особенностями населения, то в общем и целом это только видоизменения, это только нюансы нашей общей организационной линии: немножко меньше в одной форме организации, немножко больше в другой форме, но самый характер работы, тенденции, этапы и сами организационные схемы построения учреждений,— они в общем и целом остаются те же. Это первое.

Дальше. На общей пестроте фона в смысле реализации программ, можете отметить всюду и несомненные достижения. Все вы здесь слышали, как весь с'езд ахает, услышав большую цифру детской смертности по некоторым губерниям. Это показывает, что эта ступень очень большой детской смертности, которую мы имели впервые годы нашей работы, которую мы имели в дореволюционное время, она уже, пожалуй, позади. Мы ее пережили. И когда с'езд изумленно ахает, и когда подают записки, что вот, например, в Курской губ. цифра смертности отмечена неправильно, что там нет такого % смертности, который отмечали в докладе, — это указывает, что мы при нашей общей нищете, при полном почти отсутствии культурных работников, мы справились с детской смертностью довоенного времени. Когда я в своих тезисах указывала цифры понижения детской смертности, мне и самой приходило в голову: да правда ли, что детская смертность понизилась почти вдвое? Я указывала своим статистикам: не подведите; ведь придется отвечать за эти цифры не только здесь у нас, но и на Западе, где ими, несомненно, воспользуются. И мы всячески подходили к проверке этих цифр и путем прямых анкет, и путем косвенных указаний. И в докладе статистика Михайловского, которого вы услышите, который выступит с докладом о рождаемости и детской смертности в Республике, вы увидите подтверждение наших цифр. Может быть, мы ошиблись на сотые, на десятые, на единицы, но общая картина остается та, что детская смертность в нашей стране понизилась. Эта картина остается фактом. Это дал нам, с одной стороны, прямой анкетный материал и записи ЗАКС'ов. С другой стороны, проверяя нашу политику об абортах, мы собрали анкеты по семейному быту среди нескольких тысяч работниц. И нужно отметить, что и анкеты, этот большой материал, на основании которого можно вполне делать те или иные выводы, показывают с совершенной очевидностью, что если в 17 году из сотни детей у фабрично-заводских работниц выживало 65, то теперь выживает 83, т.-е. прежняя смертность достигала в фабрично-заводском районе 35%, а теперь мы имеем те же 17%, которые мы констатировали по ряду губерний. И по этим данным видно, что детская смертность понизилась на половину.

Детская смертность до 1 года.

Название губернии.	1913 год.	1923 год.
	В процентах.	
Московская	26,3	13,7
Владимирская	24,3	17,5
Тверская	36,9	14,8
Ярославская	29,6	16,3
Череповецкая	20,8	18,6
Нижегородская	32,2	17,3
Ульяновская (Симбирская)	32,3	17,6

Мы не должны обольщаться и приписывать этот факт своей личной работе, усилиям только нашей организации — это ясно. Тут имеется взаимодействие многих факторов: тут и общие социальные сдвиги, и экономическое улучшение быта деревни, и широкое проведение социального страхования, и общее поднятие культурности масс. Но наша работа есть тоже один из факторов, и не последний, который должен быть учтён.

Когда вы переходите к частной картине работы наших учреждений, то здесь, как я уже показывала в своих тезисах, имеется 32% детской смертности: это есть средняя цифра детской смертности по домам грудного младенца. Эта цифра подтверждается докладчиками с мест. Есть такая губерния, скрывать нечего, где среди подкидышей смертность равна 100%, но в общем и целом, повторяю, она около 30%. Когда мы имеем Германию, где показывают 20 с небольшим процентов смертности в учреждениях для грудных детей, при ее общей высшей культурности, при квалифицированности медперсонала, то мы с полным правом можем считать эту цифру некоторым достижением.

Теперь, когда вы видите, как работают в разных уголках нашего обширного Союза, когда вы видите те затруднения, которые приходится переживать всюду, и когда на с'езде перед каждым из вас развертывается целая картина аналогичных вашим, и затруднений, и усилий, и успехов, я думаю, что эта картина суммирования наших усилий, оформление их в виде тех или иных директив, послужит нам новым стимулом к продолжению нашей работы с новой энергией.

Далее о новых формах и новых лозунгах. Я думаю, что за этот период, пока мы не собирались, а мы собираемся не часто, и я считаю, что это скорее плюс, чем минус, и вот почему. Когда нам, работникам по охране материнства и младенчества, приходится выступать с докладами на всероссийских ли совещаниях Губздравов, или на местах, то в заслугу нам обычно ставят вот что: органы охраны материнства и младенчества отличаются тем, что у них всегда есть определенный, ясный, конкретный план и определенная линия работы. Я считаю, что, если мы намечаем на наших всесоюзных совещаниях определенный план, берем те или другие директивы и ставим себе те или другие задания, то мы обязательно должны их реализовать, проделать

наш опыт осуществления наших задач, и только тогда собраться вновь. На прошлом совещании мы поставили перед собой задачу — овладеть деревней, не в смысле охвата всей деревни, а в смысле, прежде всего, организованной пропаганды среди населения и отчасти проникания туда и с нашими организационными формами работы. И мы туда проникли. Я не буду останавливаться подробно на этом вопросе: я хочу только сказать, что когда мы ставим себе задачу на определенный период, то при интенсивной работе на местах мы воплощаем ее в плоть и кровь. Именно так мы работали за эти два последние года.

За этот период у нас наметились некоторые принципиально низовые тенденции и формы, которые мы претворили в жизнь: я должна указать здесь, прежде всего, на патронирование. Вы помните, что этот вопроос тоже имеет свою историю. Нам пришлось преодолеть очень упорное и принципиальное сопротивление наших руководящих партийных кругов, потому, что взгляд на патронирование таков, что эта система компромиссна с точки зрения принципов воспитания, которые мы хотели бы видеть в жизни, с точки зрения нашего подхода к работе среди женщин. Мы пошли на этот компромисс, вынуждены были пойти, мы попробовали провести патронирование, как опыт, и вот те отдельные черточки, которые отмечались в докладах с мест, и подробный доклад по этому вопросу, который вы услышите от Москвы, показывают, что мы были правы, намечая эту линию для практического ее проведения.

Затем о Советах Социальной Помощи. Когда мы на прошлом совещании поставили себе задачей возможно шире охватить своей работой пролетарские слои населения, с одной стороны, а с другой — сплотить пролетарскую общественность вокруг наших учреждений, мы наметили эту организационную форму — Советов Социальной Помощи, и жизнь показала, что эти формы вполне жизненны. По РСФСР поздно начали проводить эту работу, и она еще не нашла себе отражения в ваших докладах. Но, тем не менее, С. С. П. существуют в разнообразных, правда, формах, но самый характер организации и те цели, что намечались при организации советов социальной помощи, выполнены правильно, и советы социальной помощи вполне оправдывают свое существование, широко ставя практическую задачу всесторонней помощи матери-пролетарке, и распространяя свое влияние на широкие слои трудящихся женщин. Я считаю, что эта линия была намечена правильно; может быть в практической жизни нужно будеть дать несколько иное оформление ей, но организацию пролетарской общественности вокруг наших учреждений мы наметили правильно и правильно ее провели. Когда вы заслушаете доклад Московского П/Отдела о диспансеризации, то вы увидите, что Москва является крупной организацией, которая ищет уже новых путей, и которая уже практически проработала схемы, которые мы наметили теоретически. Здесь схемы — в частности Советы Социальной Помощи — приняли уже несколько другие расширенные формы, и, в связи с общим лозунгом оздоровления труда и быта в деле здравоохранения, расширили свои функции в виде комиссий оздоровления труда и быта. Можно ли теперь для всей провинции дать лозунг — реорганизуйте Советы Социальной Помощи в комиссии оздоровления труда и быта? Такое, принципиально совершенно правильное оформление мы сможем принять лишь тогда, когда действительно практически будут проводиться на местах методы диспансеризации, о которых теперь только еще говорят. Когда у нас будет уже фактическое содержание в этой форме оздоровления труда и быта, которое мы частично проводили в Советах Социальной Помощи, тогда мы сможем, несколько изменив и расширив их, превратить их в комиссии оздоровления труда и быта, и это будет лишь дальнейшим шагом по пути развития той же работы, которую С. С. П. выполняют до сих пор.

Новой формой организации являются также комиссии по охране материнства и младенчества при волисполкомах и сельсоветах. Когда мы намечали эту организационную форму, то мы руководствовались следующими соображениями: опираться в деревне на специального работника в аппарате волисполкома мы до сих пор не могли и долгие годы еще не сможем. Поэтому, нужно было организовать крестьянскую общественность в виде какого-нибудь органа, который мог бы проводить наши директивы не в смысле, конечно, медицинской организации, но в смысле подготовки общественного мнения, подготовки крестьянских масс к восприятию нашей мысли; а эта подготовка является необходимой предпосылкой для практической работы, для проведения в бюджет наших учреждений, для создания широких аудиторий при проведении нашей культурно-просветительной работы и т. д. Я думаю, что эта форма комиссий должна быть признана целесообразной. Теперь, когда волостной аппарат начинает оформляться, когда утверждено положение о волисполкомах и сельсоветах, когда все больше и больше регламентируются административные формы управления низового аппарата, — эти комиссии по охране материнства и младенчества при волисполкомах и сельсоветах тоже должны претерпеть некоторые изменения, и изменения в таком смысле: волисполкомы и сельсоветы, по положению о них, должны строить свою работу по типу городских советов. И, как при городских советах существуют разные секции для проработки той или иной отрасли строительства, для того, чтобы провести через массовую проверку все мероприятия, для того, чтобы легче они воспринимались населением, — точно так же и при сельсоветах должны быть организованы секции по здравоохранению, по народному образованию, кооперации и т. д. Тогда наши комиссии при волисполкомах и сельсоветах естественно сольются с работой этих секций и образуют внутри них комиссии или подсекции по охране материнства и младенчества. Но это уже дальнейший, следующий шаг, и если комиссия существует, если в ее работе есть реальное содержание, претворить ее в подсекцию будет уже чисто техническим актом, а содержание в эту работу мы должны влить теперь же, и, если мы начали это, мы начали вполне правильно. Материалы с мест показывают, что эти комиссии при волисполкомах и сельсоветах работали до сих пор в виде то комиссий содействия, то в виде комиссий по охране материнства, то в другом виде, но активную роль в них всюду играют делегатки.

Вот те новые формы работы, на которых я хотела остановиться в докладе. Эти подсобные формы работы, — метод патронирования, социальная помощь матерям и организация комиссий при волисполкомах и сельсоветах — это то новое, что мы старались провести в жизнь за истекший период.

Теперь я хочу остановиться вкратце еще на одном новом методе работы по здравоохранению, а именно, на диспансеризации, которая должна войти и в наши приемы.

На прошлом Всероссийском Совещании Губздравотделов был брошен лозунг — от борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда и быта, и как путь достижения этого оздоровления труда и быта была указана диспансеризация. Я считаю, что и до сих пор это понятие не совсем расшифровано, и каждый вкладывает в это понятие свое содержание. Нужно договориться, что мы должны понимать под диспансеризацией в нашей области, и как мы должны, и должны ли — в связи с этим, перестраивать нашу работу.

Москва проводит диспансеризацию. Ленинград ее еще не проводит. В провинции начинают только еще разбираться в новом методе и делают слабые попытки к ее претворению в жизнь. Когда под этим лозунгом «диспансеризация» мы будем пересматривать работу наших учреждений, то мы должны сказать, что наша работа с введением этого нового метода диспан-

серизации не должна претерпеть очень больших изменений в смысле ее организации и подхода.

Что такое диспансеризация? Если диспансеризацию определить очень обще и схематично, то диспансеризация — это организация бытовых условий и условий труда на производстве в интересах трудящегося, в целях предупреждения его заболеваний. Понимая это слово очень широко, диспансеризацию можно расшифровать, как охватывание работой лечебных и профилактических учреждений всех сторон труда и быта трудящихся, что предполагает взятие на учет всех трудящихся, их всестороннее обследование, упорядочение жилищных условий, проведение полной охраны труда, широкую социальную помощь нуждающимся и т. д., и т. д. В нашей работе мы, не должны разбрасываться и проводить работу наших учреждений абсолютно в тех же формах, как ее будут проводить больница или амбулатория. Нашу работу по диспансеризации, т. е. по организации семейного уклада, организации условий труда, в интересах того, кто обслуживается нашими учреждениями, — мы ее уже начали проводить давно тем, что мы ввели метод просветительного патронажа. Если мы расширим этот просветительный патронаж в смысле охватывания этой работой не только грудных детей, но и патронирования беременных, как будет указано в докладе о консультации для беременных, по работе в деревне и т. д.; если мы будем теснее связывать работу консультаций с предприятиями, если мы нашу работу просветительного патронажа уточним и оформим в том смысле, что будем начинать с обследования и кончать организацией социальной помощи во всех ее видах тем группам населения, которые мы обслуживаем, то это и будет совершеннейший метод диспансеризации, который был намечен нами и прежде, и который уже проводится нашими консультациями. Если мы ограничимся, скажем, только обследованием, с чего чаще всего начинают диспансеризацию, это будет ошибкой, потому что обследование имеет смысл только тогда, когда из этого обследования делаются какие-то практические выводы в смысле организации семейного уклада и организации условий труда. С другой стороны, мы не можем от этого обследования и совершенно отмахнуться, но его мы должны приурочить на первых порах к какому-нибудь крупному предприятию, либо к определенному району вокруг какого-либо из наших учреждений, и обследуя следить за тем, чтобы поставить и социальную помощь тем, кого мы обследуем и обслуживаем, т. е. матерям, главным образом, одиночкам, и детям, в смысле организации их воспитания. Я только намечаю, как мы должны воспринять лозунг «диспансеризация» по отношению к нашим учреждениям. В дальнейшем об этом будет говориться в особом докладе.

В связи с проведением метода диспансеризации, перед нами встает вот какой вопрос: диспансеризация предполагает, что все население по отдельным группам предприятий, будет браться на учет, обследоваться и обслуживаться. Вот что предполагает диспансеризация. И, когда мы устанавливали возрастную группу наших детей до трех лет, то мы шли только по признаку деления на возрасты, останавливаясь на этой границе потому, что здесь преобладает, главным образом, медицинское воздействие над педагогическим. Эта граница проведена, конечно, условно. Жизнь показывает, что в наших учреждениях дети задерживаются. Они долго не переходят в учреждение Наробраза, и группа детей от 3 до 4 лет, болтается между нашими учреждениями и Наробразом, между нашими консультациями и амбулаториями. Поэтому, я думаю, что мы теперь должны остановиться на этом вопросе и формально закрепить за собою эту возрастную группу в том смысле, что при проведении диспансеризации, обследованиях, при приеме в консультации и другие наши учреждения для детей, мы должны расширить нашу возрастную группу и принимать этот переходный возраст, как его называют преддошкольный, в наши учреждения. В Германии, когда я была в прошлом году, за границей, я ви-

дела, что это уже прошло: там берлинские крупные консультации обслуживают детей, начиная с грудного, дошкольного и чуть ли не школьного возраста. Если нам не нужно такого смешения, то расширить возрастную группу детей нам, повидимому, придется. Остановлюсь еще на том, по поводу чего еще во время приветствий с'езду, товарищ из Наркомпроса не удержался и сразу начал агитировать о сближении работы с органами Наробраза. Мы должны об этом подумать и на докладе нашей педагогической секции этот вопрос поставить, но не так категорически, как его ставит Наркомпрос. Ясное дело, что у нас, в наших учреждениях, должна быть поставлена педагогическая работа: об этом мы говорим с 20-го года. Ясно, что у нас в яслях и учреждениях есть группы детей переросших, для которых нужны те или иные воспитательные методы. Ясное дело, что наши дети переходят из наших учреждений в учреждения Наробраза и тут должна быть какая-то согласованность и какая-то преемственность в смысле об'единения воспитательных методов. Но эту методологическую работу не нужно смешивать с организационной: проработка методов воспитания в наших учреждениях и согласование их с методами в учреждениях Наробраза, должна быть поставлена, но это вовсе не значит: «давайте работать совместно». Это кустарный обывательский подход. Мы работаем совместно со всеми органами советского аппарата России. Наша задача охраны материнства и младенчества и наша работа не стоит изолированно. Мы работаем совместно и с Лечебным Отделом, но это не значит, что мы нашу инициативу, наши функции и содержание работы будем смешивать. Тут должно быть разделение труда, определенное разделение функций. Потом, мы об этом подробнее поговорим при обсуждении методов педагогической работы. Итак, как тенденцию, я выдвигаю, что мы должны совместно прорабатывать методы педагогического воспитания. Мы должны устраивать совместные совещания, чтобы был единый подход, единый метод воздействия на ребенка. Но это не значит, что мы должны смешивать организационные формы. Когда будем организовывать ясли, ясно, почему Наркомпрос говорит — давайте организовывать вместе ясли и площадку: у них работников нет, и у нас нет, но мы их подготовляем, а они слабо. Я считаю, что в данном случае нужно действовать, таким образом, что мы открываем не общие учреждения какой-то неопределенной формации, где будут ребята и грудного и дошкольного возраста: этот опыт проделан и до нас, и нами проделывался, пока наша работа была развита слабо. Какие результаты дал этот опыт? Инфекции, смертность и то, что либо та, либо другая группа детей не обслуживалась полностью. Поэтому, как организационную форму мы можем принять только такую: мы можем работать в смысле единоличного руководства над учреждениями там, где не хватает работников, но учреждения все-таки не должны быть об'единены. У нас будет общий хозяин, которым, например, в деревне, станет волсовет, но в смысле физического существования этих учреждений, площадок и яслей — они должны существовать раздельно, а не под одной крышей и не с общим персоналом.

Когда с докладом выступала Москва, она говорила, что наши учреждения, в частности, основной тип наших учреждений — консультации — настолько расширились в смысле впитывания различных функций по обслуживанию детей, они охватывают и правовую защиту, связаны и с венерологическими и туберкулезными диспансерами, с питательными пунктами, имеют собственные столовые, — что эти консультации как бы переросли себя, свое название. Содержание работы пережило те организационные формы, которые как бы закрепляются этим словом: консультация. И по мнению Москвы, нам пора превратить их и переименовать в «Центр Охраны Материнства и Младенчества», как, напр., в Англии. Это правда, но не совсем, и я думаю, что пока мы имеем на обширном пространстве нашего союза такие кон-

сультации, которые еще только строятся, мы должны принять, как тенденцию, лишь то, что все наши консультации должны обрастать такими дополнительными функциями, которые мы намечали еще на прошлом нашем Всесоюзном Совещании; наши консультации должны решительно и возможно спешно наполнять себя этой работой, а закреплять их по названию в виде центров по всему союзу еще не время, потому, что вполне развитые консультации мы имеем еще далеко не везде, и даже патронаж поставлен не везде достаточно широко. Мне кажется, что мы должны принять, как тенденцию, создать из каждой нашей консультации центр, направляющий работу других учреждений, выполняющий все функции развитой консультации, но пока еще у нас существуют губернии, где всего только две слабых консультации в городе, называть их центрами, может быть, и не нужно. Главная задача в том, чтобы действительно углубить эту работу и расширить ее в связи с проведением метода диспансеризации, а название изменить успеем.

Теперь остановлюсь на консультациях для беременных. Как указывается в тезисах специального доклада, мы расширяем это понятие, расширяем функции этих учреждений, называя их «консультациями для женщин». Эти консультации должны охватить все эпохи женской жизни, и, как новый метод их работы среди населения, я наметила поставить перед Всероссийским Совещанием вопрос о работе этих консультаций среди подростков. Мы не можем еще при теперешнем количестве консультаций и при недостаточно-развитых формах этих консультаций сразу же поставить себе задачу, которая входит в понятие диспансеризации, т.-е. охват всех сторон жизни женщины, теперь же, сейчас же. Но начать работу в смысле полового воспитания, в смысле подготовки девушек к разумному материнству, — эту работу мы могли бы поставить и сейчас. Предварительно нужно решить вопрос, через кого, через какие организации привлекать этих подростков и пропускать их через наши консультации. Было бы самым целесообразным и чрезвычайно полезным установить тесную связь между школами и нашими консультациями. Если бы могли поставить себе задачу — всех подростков из школ второй ступени пропустить через консультации, пропустить через систематические беседы, которые мы организуем, это была бы та школа материнства, которая, несомненно, дала бы нам понижение детской смертности. Это я пока ставлю просто, как задачу, но не как обязательную функцию уже теперь для каждой консультации. Этот вопрос еще нужно подработать.

Когда мы собирали это совещание, мы думали поставить специальный доклад об обслуживании учащихся, в связи с особенностями их быта и в связи с идеологическими сдвигами в среде учащихся в смысле взаимоотношения полов. Но это завело бы нас слишком далеко — с одной стороны, и с другой — мы, как организация, не можем поставить себе задачу выделить эту специальную группу учащихся наравне с производственным пролетариатом и крестьянством, так как эта группа сравнительно незначительна по своему удельному весу, но каждый П/Отдел крупного центра, где имеются и университеты, и рабфаки, должен задуматься над особенностями быта учащихся, на которые наталкивает сама жизнь. Когда говорят об абортах, то часто приходится слышать, что комсомолки, учащиеся абортируют. Когда будем говорить специально об абортах, когда будут приводиться цифры, то вы можете совершенно спокойно сказать, что в сущности говоря, в большинстве случаев здесь основывались на впечатлениях, что особенно веских и устрашающих данных относительно абортов среди учащихся у нас нет. Но мы должны считаться с тем обстоятельством, что в большинстве случаев наши учащиеся теперь — это рабочие от станка, бородатые дяди, в значительной степени люди такого возраста, которые не только думают о женитьбе, но и живут семейной и половой жизнью. Поставить себе задачу обслужить эти

кадры учащихся яслями, а не итти к ним только с голой проповедью воздержания мы должны, как одну из практических повседневных задач работы наших организаций, главным образом, в крупных центрах.

Далее, вечерние ясли, ясли при клубах и т. п. — это, конечно, не новый метод, это только лишь расширение работы наших яслей. Когда по статистике оказывается, что в деревне имеются уже 7 постоянных яслей, то это показывает, по какой линии начинают итти жизненные тенденции. Такие деревенские ясли могут быть в крупных сельских центрах, где-нибудь в Донском округе, где в станице числится иногда до 15.000 жителей. Это такие крупные территориальные об'единения, где широко развиты общественные формы организации, клубы, читальни и т. д.; где, может быть, большое количество делегаток, там мыслима организация и постоянных сельских яслей. Вообще же к устройству их в деревнях нужно подходить очень осторожно. А вот вечерние ясли при клубах в их примитивной хотя бы форме необходимо организовать в виде детских комнат, где дети остаются 2—3 часа, чтобы обслужить те сотни делегаток, которые вовлекаются нами в общественную жизнь. Это, может быть, на первый взгляд кажется мелким повседневным вопросом, но мы должны поставить его, как практическое себе задание.

Есть другой, гораздо более важный вопрос, который мы должны поставить себе, как практическую задачу, как задачу на несколько лет, которую мы обязательно должны претворить в жизнь, — это организация взаимного страхования, которое мы выдвигаем сейчас, как новый метод нашей работы. Если нам удастся осуществить это взаимное страхование материнства, то мы действительно сделаем громадное дело и охватим нашей работой гораздо более широкие слои населения, чем мы охватывали до сих пор. Те слои, отдельные представители которых попадают в сферу нашего влияния пока лишь в виде беспризорных матерей, необслуженных нашими учреждениями, отдельных крестьянок и т. д. Мы имеем в настоящее время социальное страхование, которое осуществляется за счет предпринимателя или государства, и которое по самой максимальной расценке охватывает не более 5—7 милл. пролетариата. Наше же крестьянство до сих пор социальному страхованию не подлежит, и на ближайший ряд лет, по крайней мере, на него не может рассчитывать. Когда мы ставили вопрос о социальном страховании хотя бы батрачества, сравнительно ничтожной группы в массе 130 миллионного населения Союза, то нельзя сказать, что нам не дали его провести — его провели, но в очень ограниченном размере: полного социального страхования даже только батрачества, государство не могло провести по состоянию своих рессурсов. Для того, чтобы провести социальное страхование за счет государства, среди всего многомиллионного крестьянского населения Союза, нужно иметь рессурсы, которые превосходили бы рессурсы даже наиболее богатой из стран — Америки. Но что-то тут нужно выдумать. Когда мы говорим о понижении детской смертности, то нужно думать, что проведение социального страхования, выдача пособий по беременности и родам, которое охватило много сотен тысяч женщин, занятых в производстве, — что это оказало несомненное влияние на понижение детской смертности, на понижение подкидывания и т. д. Когда мы говорим о Советах Социальной Помощи, когда мы устраиваем разные комиссии и когда мы побираемся по всем организациям, чтобы собрать фонды на социальную помощь, то это в сущности приближается к благотворительным методам работы, потому что эту помощь мы вынуждены оказывать, главным образом, беспризорным матерям-одиночкам, которые являются большим балластом для нормального хода нашей работы. Если мы осуществим взаимное страхование, если у нас будут не те жалкие фонды советов социальной помощи, которые мы собираем по грошам, и при которых если у нас есть 5—6 тысяч, это считается уже громадной суммой, — если мы организуем взаимное стра-

хование, у нас будет прочная экономическая база для широкой постановки социальной помощи тем, очень широким слоям населения, которые не охвачены социальным страхованием.

Какие имеются по этому поводу возражения? Прежде всего, возражения принципиальные, в том смысле, что если это сделать обязательным, то это будет отклонением от нашего принципа, потому что мы признаем страхование только за счет государства или предпринимателя, а страхование за счет страхуемых, это, в сущности, отсталая компромиссная форма, которая существует и на западе и в буржуазных странах. Но, в конце-концов, мы не можем не итти пока путем компромисса, мы подчас не можем сохранить чистоту наших принципов, не можем ограничиться тем, чтобы блюсти чистоту принципа и в то же время каким-то жалким полублаготворительным путем обслуживать отдельные крохи всей массы необслуженного женского населения. Это, конечно, компромисс, но компромисс допустимый, и если мы имеем комитеты крестьянской взаимопомощи, которые проделывают громадную работу, то мы можем организовать и взаимное страхование материнства, именно на этих взаимных и добровольных началах. Это будет нечто вроде тех касс взаимопомощи, которые существуют во Франции, но с той только особенностью, что мы внесем в них советское содержание, в смысле руководства работой и в том смысле, что мы должны обеспечить влияние наших П/Отделов на характер работы этих организаций. Это будет полуобщественная и, я не хотела бы сказать, полуадминистративная форма: это не будет точно. Конечно, если считать формально наши органы административными, то это так, но наши П/Отделы Охраны Материнства и Младенчества, будучи советскими органами, социальны по природе своей, как социально все в советской системе. Это не будет той формой, которая есть во Франции: это будет советской организацией, грубо говоря, полуобщественной полуадминистративной, но в советском смысле, в том смысле, что мы тесно должны связать эту работу с работой наших П/Отделов, поскольку они пользуются популярностью и проводят громадную работу, опираясь на широкие слои трудящихся. Это будет формой широкой общественно-советской организации, в дополнение к той государственной, которая существует у нас. Подробно этому посвящен особый доклад, и я только намечаю то направление, в котором мы должны коснуться этого вопроса в порядке нашего обсуждения.

Теперь я хотела коснуться вопроса о борьбе с беспризорностью по нашей линии. Наши Советы Социальной Помощи при консультациях главную работу вели, и, к сожалению, вероятно долго еще будут вести, главным образом, по линии борьбы с подкидыванием, по линии оказания социальной помощи нуждающимся матерям. Поэтому мы должны внести некоторую четкость в эту работу. Теперь, когда остро стоит вопрос о борьбе с беспризорными, мы должны сказать, и это уже проговорено, где следует, что наша борьба с подкидыванием, обслуживание одиночек-матерей, это есть та же борьба с беспризорностью в нашей области. При Совнаркоме создана особая комиссия по борьбе с беспризорностью, где было признано, что по линии Наркомздрава борьба с беспризорностью ведется, как борьба с подкидыванием, путем обслуживания беспризорных матерей. Мы так и будем называть это — борьба с беспризорностью. Это не есть наша органическая функция: она отпадает, когда мы ликвидируем подкидывание. Вы слышали цифры, вы знаете, что по Астраханской губ., например, 147 подкидываний в год. Тут перед нами стоит вполне реальная и вполне осуществимая задача: в течение каких-нибудь 10 лет мы могли бы подкидывание ликвидировать на нуль, прямо по календарному плану. В данный момент, несмотря на все, что мы пережили, несмотря на нищету и несовершенство нашей организации, нужно признать, что подкидывание сравнительно с дореволюцион-

ным временем все же понизилось почти вдвое. Тут имеет значение не только наша работа, но и весь комплекс измененных условий быта трудящихся масс после революции. Но если в течение 8 лет голода, экономической разрухи и гражданской войны понизилось подкидывание вдвое, то, если систематически поставить борьбу с беспризорностью, в смысле оказания помощи матерям на воспитание ребенка и в виде организации общежитий для беспризорных матерей, то мы это подкидывание ликвидируем может быть и ранее 10 лет, но при непременном условии специальных финансовых ассигнований со стороны центрального и местного бюджета.

Как стоит вопрос практически? Практически вопрос стоит так, что Совнарком обещает выделить 2—3 миллиона на борьбу с беспризорностью, потому что когда была образована эта комиссия, то стало ясно, что при той массе в 125.000 беспризорных детей только дошкольного и школьного возраста, — цифре, которая, вероятно, еще преуменьшена, сравнительно с действительным количеством, без выделения специальных средств и без того, чтобы вести борьбу в ударном порядке, беспризорность не ликвидировать. Это стало ясно, и из этих 2—3 миллионов главная масса идет, конечно, Наркомпросу, так как громадную массу детей, находящихся на улице, составляют дети школьного возраста, или морально дефективные, которые подлежат ведению организаций охраны здоровья детей. Нам тоже обещают кое-что выделить для начала на первый год, с тем, чтобы мы наметили их целесообразное расходование и в первую очередь имели бы в виду организацию общежитий для беспризорных матерей, построенных на трудовых началах, на началах самоокупаемости и выдачу матерям пособий на воспитание ребенка. Когда мы с вами примем этот метод борьбы с подкидыванием, эти деньги распределятся по крупным центрам, и, конечно, Архангельск, например, где всего 2 подкидыша за год, ничего не получит, а получат крупные центры, которые являются скоплением беспризорных матерей и ребят. И если мы будем иметь, с чего начать работу, то она войдет постепенно в сметы Губисполкомов, и тогда борьба с беспризорностью пойдет планомерно, и мы можем поставить себе действительно календарный план ее ликвидации.

Теперь относительно наших финансовых возможностей и относительно построения нашего плана. Тут мы наталкиваемся опять на тот же вопрос, который мы поднимали на всех наших совещаниях: о страхфонде. Фонд «Г» мы по мере сил используем. Правда, нам дают недостаточно, но в среднем, до 7% страхфонда. «Г» все-таки идет на организацию наших учреждений. Но перед нами в данный момент встает актуальный вопрос о фабрично-заводских яслях. Тов. Шустова из Иваново-Вознесенска нам докладывала, что у нее картина необычайно отрадная, но когда нам приходится брать за горло хозяйственников, чтобы они содержали ясли, то это может сделать Шустова, но этого нельзя сделать в Москве. Шустовский район — центральный текстильный район, и если там на Губисполком и тресты нагрянет несколько тысяч текстильщиц, то они должны будут уступить. Но, во-первых, прошел период демонстраций: их можно и запретить при теперешнем плановом ведении хозяйства, — это с одной стороны, а с другой стороны — 86% всех фабрично-заводских яслей по РСФСР содержатся за счет хозорганов и только 14% содержатся за счет Губздрава. Если всю эту массу яслей преподнести на содержание местного бюджета Губздрава, ясно, что эти ясли придется закрыть, а закрыть нельзя. Вот диллема. Когда я ставила этот вопрос принципиально перед Советом Народного Хозяйства, то там линия была непреклонная: они не хотят больше давать на содержание яслей. Но когда я ставила вопрос, так сказать, в лоб: а что вы сделаете с теми яслями, которые уже существуют? Ведь вы не можете закрыть ясли в таком, например, текстильном районе, как Иваново-Вознесенске или при оружейном заводе в Тульской губернии. Говорят: что-нибудь

придумаем. Но что они придумают? Нам опасаться особенно нечего, и вопрос для меня стоит сейчас ясно, что те ясли, которые уже существуют, закрывать не придется. Но с другой стороны дальнейшее развитие фабрично-заводских яслей не может итти теперь тем явочным порядком и тем напором на хоз'органы, как это шло до сих пор. Через ВЦСПС нам удалось провести, чтобы в нормальный колдоговор был внесен пункт об обязательстве хозорганов содержать ясли там, где преобладающим является труд работниц. Но опять-таки этот пункт не средактирован вполне категорически. И от энергии профорганизаций на местах зависит внести этот пункт в новые колдоговора, когда они будут пересматриваться в январе. Наши П/Отделы должны взять на себя инициативу и во что бы то ни стало через Губпрофсоветы провести этот пункт в колдоговора. Но я заранее говорю, что местами это удастся, а местами не удастся. Если это не удастся, то у нас остается только такой путь: нам придется использовать фонд на улучшение быта рабочих, от 5 до 10% которого по договоренности Наркомздрава с ВЦСПС принадлежит нам, и за счет его содержать ясли. На Украине этот вопрос решен таким образом, что они как будто в законодательном порядке провели постановление, что 50% расходов на ясли падают на хозорганы, некоторое количество на фонд улучшения быта и некоторое количество на Губздравы. Но я думаю, что на этот компромисс мы пойдем только после января месяца, когда нам не удастся включить нужный для нас пункт в колдоговора. Во всяком случае, мы должны взять тенденцию во чтобы то ни стало провести через колдоговор обязательство хозорганов содержать ясли при предприятиях, где преобладающим трудом является женский.

Теперь о работе на транспорте. Я не буду особо останавливаться на этой работе, потому что тут, по моему, намечены уже и ясные пути, и ясны недостатки нашей работы. У нас в РСФСР работа на транспорте поставлена недостаточно хорошо. На Украине она поставлена лучше, может быть потому, что у нас организация крупнее; может быть просто потому, что имеют значение личные качества работников, но работа на транспорте у нас проводится недостаточно, и дело П/Отделов, где имеются крупные дорздравы, всеми силами продвигать работу по охране материнства и младенчества через дорздравы. Но, конечно, должны быть даны указания и центра, чтобы дорздравотделы включили штатных работников по охране материнства и младенчества в свои аппараты, провели ассигнования на это дело по своим сметам и планомерно развивали сеть консультаций и яслей для железнодорожников. В незначительной степени это сделано, брешь, так сказать, пробита, но по размаху работы ее нужно считать, конечно, недостаточной.

Теперь об абортах. Здесь я дам только несколько общих штрихов, потому что вопросу об абортах посвящен специальный доклад. Нужно сказать, товарищи, что в настоящее время мы имеем достоточно обширный и необычайно ценный материал, из которого мы можем уже сделать определенные выводы. Этот вопрос стоял на Всеукраинском с'езде, и ответственные работники склонялись там к тому, что наша политика в вопросе об абортах должна быть пересмотрена, что полезнее будет вернуться, может быть, на путь запретительной политики, агрессивной политики, т.-е. преследовать абортирующих женщин и преследовать врачей, которые эту операцию производят. Я считаю, что так вопрос мог быть поставлен только теми товарищами, которые неправильно поставили себе невыполнимую задачу — во чтобы то ни стало справиться с этим явлением, и испугались, когда не справились. Но как бы они ни пугались, справиться с этим явлением им не дано. Это не в их, ни в наших силах. Вопрос об абортах — это настолько большая социальная проблема, что совершенно не от нас зависит, и не от нашего желания, и не от степени наших организационных способностей, и не от степени нашей активности в смысле пропаганды против аборта — унич-

тожить это социальное зло, и тем более регулировать его, как мы желаем. Аборты растут там, где существует легализация абортов, как и у нас; и еще больше там, где этой легализации не существует. Скажем, в Германии, где по нашим данным, в настоящий момент тысячи женщин сидят в тюрьмах за производство абортов, аборт дает неуклонную кривую к повышению. Затем, дальше. Когда мы с вами намечали подход к вопросу об абортах в деревне и, когда держались той политики, чтобы не пускать аборта в деревню— я не говорю, что мы ограждали его рогатками, но старались как бы замалчивать этот вопрос, не говорить об этом и мер никаких не принимать, чтобы перевести его в больницы. И вот цифры, которые мы имеем (по этому поводу издана специальная брошюрка), цифры, которые основаны на анализе 2.207 анкет и получены нами от местных работников, эти цифры показывают, что как бы мы ни избегали этого, а аборт и в деревне стал самым обычным явлением. Вот почему агрессивную политику я отметаю, как абсолютно бесполезную, вредную. С другой стороны, на местах перегибают палку в другую сторону. Хорошо, раз это неизбежно, то мы не только широко откроем двери наших больниц, но откроем платные койки для того, чтобы можно было вместить всех желающих. Я считаю, что эту линию нельзя никак защитить: ни практически, ни принципиально. Если мы поставили перед собой задачу — во что бы то ни стало удовлетворить всех желающих произвести аборт, не принимая во внимание социальных признаков, каковыми мы считаем — материальную необеспеченность и многодетность, то мы встанем на путь, который не даст практических результатов в смысле удовлетворения. Все равно, чем больше мы будем проделывать абортов, тем больше их будет появляться, если мы будем даже класть женщин на платные койки. Здесь нужна определенная линия: мы не должны считать себя обязанными непременно производить все аборты, с которыми к нам обращаются, точно также, как мы не можем в данный момент обслужить соответствующей родильной помощью всех крестьянок, которые в ней нуждаются, до тех пор, пока мы не будем обладать большим количеством родильных коек. Мы должны здесь сказать себе, что мы не справляемся с этой задачей, и мы должны итти по линии развертывания родильных коек, по линии усиления нашей общей работы по охране материнства и младенчества, по линии развертывания сети консультаций для женщин, которые усилят санитарную и гигиеническую грамотность крестьянки, помогут ей советом, как уберечь себя от лишней беременности, — и таким образом постепенно изживать это явление. Как ни грустно сознаться, но обслужить все миллионы крестьянок, среди которых число абортов будет расти, раз они стали бытовым явлением, мы не сможем.

Теперь о практической пропаганде против абортов. По впечатлениям с мест, для меня совершенно очевидно, что пропаганда против аборта дает результаты скорее противоположные, тем, которых мы ждем от нее. Я считаю, что чем меньше лекций мы будем читать по абортам, тем лучше для нас. Мы должны организовать беседы санитарно-просветительного характера вообще, — да. Мы должны распространять санитарную грамотность,— да. Мы должны сделать так, чтобы женщина знала о себе, понимала жизнь своего организма — да. Мы должны поднять ее культурность и в цикле бесед говорить о вреде аборта. Но специальных лекций устраивать не надо, и для меня совершенно ясно, что они только муссируют вопрос. Теперь относительно комиссий по выдаче разрешений на аборт в деревне и в городе.

Если эти комиссии будут ставить себе задачей во что бы то ни стало отвлечь возможно большее количество женщин из тех, которые к ним обращаются, от аборта и превратятся в комиссию по борьбе с абортами путем запрещений, — я считаю, что они сделают ошибку. Они должны скорее обратиться в комиссии социальной помощи. Вот поэтому я думаю, что

Президиум совещания.

Делегаты совещания.

когда советы социальной помощи, которые работают при консультациях, дойдут до более совершенной организации оздоровления труда и быта, и когда эти комиссии оздоровления труда и быта будут и распределять детей, обращающихся к ним матерей по учреждениям, и когда через них будет оказываться другого вида широкая социальная помощь, — то туда же нужно будет влить и комиссии по выдаче разрешений на производство абортов. Тогда шире будет оказываться помощь при рождении ребенка на его воспитание, только тогда возможна будет действительная борьба с абортами. Параллельно с этим стоит вопрос, который мы ставили еще на прошлом совещании — это вопрос о противозачаточных средствах. Этот вопрос ставится не только нами, но и на Западе. Существует лига контроля над деторождением в Англии и Америке. Но подход этих организаций и наш к данному вопросу, естественно, совершенно различны: они, ставя под контроль деторождение в смысле пропаганды ограничения деторождений, идут по ложному пути, по которому шел Мальтус, проповедуя ограничение деторождений, как способ улучшить положение класса трудящихся. Мы же говорим, что аборт является панацеей от всех зол и средств улучшения быта рабочих. Мы знаем, что вопрос об улучшении быта рабочих мы ставим совсем в иную плоскость, в плоскость поднятия их экономического благосостояния, в связи с развитием хозяйства страны. Мы — коммунисты стремимся к улучшению нашего хозяйства, а тем самым к улучшению материального положения рабочих, которые по завоевании власти являются хозяевами страны. И когда мы ставим вопрос о борьбе с абортами и противозачаточных средствах, то мы не хотим ставить его в смысле широкой пропаганды на улицах и митингах, но как медицинскую пропаганду, как задание нашим консультациям при оказании помощи женщинам. Мы поставили перед собой эту задачу, но нужно сознаться, подходим к ней робко и кустарно. Мы не дали в этой области никакого практического руководства, ни практических возможностей в руки наших врачей — работников в консультациях, а только лозунг. Этот пробел нужно заполнить, и на этот путь совета врача женщине, которая устала или не может рожать, мы должны стать, как на путь практической политики в борьбе с абортами; сделать это одной из функций наших консультаций для женщин, где врачи должны быть снабжены и практическим, хорошим руководством, в этой области, и самими средствами, которые будут признаны наиболее целесообразными. Это уж — задача центра. Такое руководство издается, и многочисленные способы, практикующиеся на Западе, проверяются в наших консультациях.

Теперь о работе в деревне, где может быть новых вех намечать не придется, но нужно кое-что уточнить и для себя и для других. Основным вопросом, который нужно решить здесь в смысле направления работы в деревне, я считаю вот какой. Основным учреждением по охране материнства и младенчества мы наметили в деревне консультацию со всеми широкими функциями, которые она имеет в городе. Когда т. Федер в своих тезисах по докладу о деревне выставляет положение, что метод работы консультации в деревне должен быть тот же, что и в городе, метод «городской», то я думаю, что этот «городской» метод нужно взять в кавычки — «городской» в том смысле, что деревенская консультация, начиная с примитива, должна со временем принять характер работы развитой консультации со всеми особенностями ее работы в городе. Но это будет рост постепенный, а подход в смысле начала этой работы в деревне должен быть несколько иной, чем в городе. В городе мы сразу организуем учреждение, тогда как в деревне начинаем с выделения часов, выделения дней по приему матерей с грудными детьми, и, наконец, добираемся до более или менее совершенных форм консультации, где имеется специальный врач, имеются возможности широко развернуть работу и охватить большой территориальный участок. Основной

вопрос, когда мы строим консультацию в деревне, должен быть таков: (я в своих тезисах употребила выражение «автономная консультация», но мне его вычеркнули, и все-таки я его произношу). Когда мы строим свою работу консультации в деревне, мы должны говорить об автономии, но не об автономии организационной, а об автономии идеологической и вот в каком смысле: если мы будем строить наши консультации совершенно оторванно от участка, то они повиснут в воздухе — с одной стороны, а с другой — они создадут рознь между нашим врачем профилактиком и рядовым участковым врачем, загруженным и перегруженным. Если каждый профилактический врач будет строго обособляться от работы участкового врача и считать, что он существо высшей породы, то это будет создавать грызню между врачами, а с другой стороны, это подорвет ту организационную базу, из которой мы должны исходить, то есть единую участковую организацию. С другой стороны, мы не должны подчинить нашего работника целиком усмотрению участкового врача, т.-е. сделать его подчиненным его соратнику по работе. Таким образом, это должен быть единый медицинский участок, но в смысле идеологического направления, в смысле методов работы диктовать будем мы, как проводить работу в смысле охраны материнства и младенчества. Если скажем, участковому врачу не понравится патронирование беременных, хотя трудно это представить, и ему не понравится, как это бывает иногда в городах — отделение детей от матерей в родильных отделениях, мы заставим его это сделать. Вот в каком смысле я говорю об автономии, но работа наших консультаций должна протекать в тесной согласованности с медицинскими участками и входить в участок, как органическая его часть. Мы теперь имеем 1.533 участка по республике, в которых систематически ведется работа по охране материнства и младенчества в смысле выделения приема матерей с грудными детьми. Этот метод профилактической работы будет, естественно, занимать первенствующее место среди других методов профилактики, которые будут ракомендоваться участковым врачам, потому что тут простое задание: ясная работа, более четкие формы, более определенные, более легко воспринимаемые и более скоро осознаваемые, которые дают реальные результаты. Эта работа просто увлечет, как она уже увлекает участковых врачей по ведению работы на местах. Если на наш призыв, не циркулярный, а просто призыв: «помогите нам организовать охрану материнства и младенчества в деревне» — если на это откликнулись тысячи врачей, то нам нечего бояться работать с ними рука об руку. Но как тенденцию, нам нужно сохранить весь облик своей работы в смысле направления ее в духе наших методов, подхода к крестьянским массам, и к рациональному воспитанию грудного ребенка.

Затем еще второй вопрос, который еще неясен: это относительно организации акушерской помощи на дому, акушерских пунктов. Принято было в прежнее время считать, что акушерские пункты скорее вредны; что родильная помощь непременно должна быть при врачебных участках. Но если мы поставим перед собой задачу охватить стационарной помощью крестьянское население, которое теперь местами имеет лишь одну родильную койку на 50 тысяч жителей, — это по нашей статистике, — то мы долгое время не двинем нашу пропагандистскую работу по охране материнства и младенчества в толщу сельского населения. Поэтому я думаю, что раз мы поставили перед собой задачу подготовки нового типа советских акушерок, и если мы пошлем этих акушерок для самостоятельной работы в акушерских пунктах, то ничего в этом не будет страшного. Нам нечего бояться, потому что в конечном счете патронажную работу, вокруг консультации, которую мы намечаем, нам все-таки придется проводить в первую очередь через акушерок, а не через патронажных сестер, которых у нас мало и которых мы постепенно еще будем продвигать в участки, точно так же, как и врачей.

Третий вопрос — это вопрос о типе работника-врача для деревни. Когда мы организовывали стажирование врачей при нашем Государственном Институте Охраны Материнства и Младенчества, то вполне естественно и вполне сознательно сделали акцент на изучение этими врачами грудного возраста. Почему? Потому, что тип работника для города совершенно очевиден. Идеалом будет такой синтетический работник, который знал бы и акушерство, который знал бы и детские болезни, и грудной возраст. Но в городе это не так нужно, потому что в городе есть врачи-специалисты: и акушеры, и детские врачи, а нам нужно было продвинуть и выявить особенно рельефно именно вопрос, связанный с грудным возрастом, потому что этих специалистов не хватало и в наших городах. Но когда мы работу развили, когда мы столкнулись с практическим вопросом работы в деревне — тут мы осели. Ведь нельзя себе представить, чтобы продвигая консультацию в деревне, мы сможем иметь двух самостоятельных работников и в консультации для беременных и в консультации для грудных детей. И в городе очень часто эти функции совпадают, тем более в деревне. Вот когда мы задумались над типом врача для деревни, мы естественным образом пришли к выводу, что нам недостаточно врача, который был бы знаком с грудным возрастом, потому что для того, чтобы проводить консультацию беременных, чтобы поставить профилактику родов, чтобы организовать родовспоможение, он должен ориентироваться в проведении хотя бы нормальных родов, он должен уметь наблюдать за беременной. Мы не ставим перед собой задачи во время этого годичного стажа подготовить и врача-акушера, и врача, знакомого вполне с грудным возрастом, но все-таки вынуждены были расширить наше преподавание в том смысле, чтобы дать возможность врачу, подготовляющемуся для работы по охране материнства и младенчества, особенно в деревне, ознакомиться с организацией родовспоможения, работой в консультации для беременных, и с нормальными родами. Я думаю, что со временем в деревне нужен будет врач, который больше знаком с акушерством, чем с грудным возрастом. Но пока мы этого вопроса не ставим, потому что акушерскую помощь, помощь по родовспоможению, через участковых врачей деревня все же получает. Но знакомство с организационными и с социальными методами подхода в смысле проведения профилактики родов, патронирования беременных, чтобы родовспоможение не оставалось только «пассивным» родовспоможением, — об этом говорится в наших тезисах, — а приняло бы характер профилактический, т.-е. соединялось бы с просветительным патронажем беременных, подобным тому, который мы проводим для грудных детей, — для этого нам нужен «синтетический» врач: специалист по грудному возрасту, но знакомый и с акушерством.

Теперь о родовспоможении.

Что касается родовспоможения, вы, может быть, с полным правом, можете поставить в упрек Центральному Отделу Охраны Материнства и Младенчества, что он до сих пор не провел организационно закрепления за нами этой работы, не добился, чтобы родовспоможение было признано функцией П/Отделов Охраны Материнства и Младенчества. На это я могу сказать, что этот вопрос, также как и вопрос о взаимном страховании, что называется, в работе. Дело затянулось потому, что тут и вам и мне приходится преодолевать упорное сопротивление лечебных П/Отделов. На недавно закончившемся Всероссийском С'езде Лечебных П/Отделов очень определенно проводилась тенденция, что не родовспоможение передается в П/Отделы Охраны Материнства и Младенчества, а наоборот — Охрана Материнства и Младенчества должна быть слита с работой Лечебных П/Отделов. Совершенно ясно для каждого беспристрастного об'ективного свидетеля, что мы не имеем возможности направлять родовспоможение по правильному пути без того, чтобы фактически самим не управлять им. И теперь уже дело

обстоит так, что скажем, за сведениями об организации родовспоможения обращаются к нам; инициатива в расширении акушерской помощи, влияние на постановку внутреннего распорядка родильного дома лежит на нас; в крупных развитых организациях родовспоможение уже находится и организационно в ведении П/Отделов Охраны Материнства и Младенчества, но формально в центре это еще не закреплено, и пришел момент это сделать. Связь между родильным домом, консультацией для беременных и консультацией для грудных детей нами может быть осуществлена лишь тогда, когда мы будем иметь право предписать определенные, нами выработанные формы этой постоянной связи, которая проводилась бы систематически. В таких крупных организациях, как московская, эта связь осуществляется по определенной форме, так называемых оборотных писем, которые связывают мать с непрерывной цепью наших учреждений. Только так и мыслима действительная диспансеризация; только так и мыслима действительная профилактика родов. Вам, как работникам в нашей области, этого об'яснять не нужно. Лечебники же говорят: «Мы — лечебники — теперь находимся во вражеском окружении, потому что на всех с'ездах и в Губздраве мы одни, а и тубсекция и охрана материнства и младенчества и все профилактики выступают единым фронтом и нас отголосовывают» . . . Вот и прекрасно, что мы их отголосовываем. Но этого недостаточно, и то, что мы их отголосовываем по вопросу о постановке родовспоможения, нам надо закрепить в виде организационного оформления и совершеннно точного решения, и необходимо определенно поставить вопрос о переходе родовспоможения в ведение П/Отделов Охраны Материнства и Младенчества.

Как этот вопрос стоит в центре? Лечебный Отдел, по существу, возражает, но весь Наркомздрав в целом его линию не поддерживает. Вопрос этот уже подработан и будет вскоре стоять на Коллегии Наркомздрава, и у меня есть уверенность, что в ближайшем будущем он пройдет в благоприятном для нас смысле.

Теперь я хотела бы коснуться вопроса о брачном праве. Я не буду излагать вам нового кодекса брачного права, как он проектируется, так как по желанию с'езда этому вопросу будет посвящен специальный доклад. Я укажу вам только, что Отдел Охраны Материнства и Младенчества принимал участие в выработке этого кодекса, и я осталась на «крайнем правом» фланге. Меня упрекали в консерватизме, в недостаточном внимании к интересам женщин. Я очень рада, что когда вопрос этот был поставлен на обсуждение сессии ВЦИК, моя «правая» точка зрения решительно была поддержана сессией, и новый закон о браке, семье и опеке был отклонен, вернее, был возвращен на места для проработки с тем, чтобы пропустить его через массовое обсуждение, главным образом, женских собраний.

Сущность этого нового кодекса о брачном и семейном праве заключается в том, что там фактически отменена регистрация брака, и тем самым фактически допускается многоженство. Защитники этого кодекса старались убедить, что раз жена зарегистрированная и незарегистрированная имеют одинаковые права и преимущества, вернее сказать, что нет разницы в смысле их гражданских прав, то тем самым оно направлено в защиту интересов женщины. Я лично считаю, что это не так. Когда мы провозглашаем в законе равноправие ряда женщин, имеющих каждая право получать на содержание ребенка от одного мужа, то фактически это провозглашенное в законе право не может быть реализовано в жизни, потому что при теперешней легкости брачных связей и при легкости их расторжения, каждая женщина стоит перед угрозой, что через 3—4, может быть 5 лет, она очутится в положении жены, ищущей алиментов от покинувшего ее мужа, а уровень заработной платы и весь комплекс наших общественно-производственных отношений таков, что никакая частно-правовая единица такой нагрузки в 2—

3—4 жены не выдержит. Это значит, что это «право» не может быть реализировано в жизни в интересах женщины, потому что при теперешних материальных и бытовых условиях один муж не может содержать трех жен. С другой стороны, это закрепленное и провозглашенное в законе право в сильной степени будет влиять на психологию. Когда прежде существовали моральные устои, церковные запреты и т. д., они оказывали известное моральное сдерживающее влияние, а когда мы сами черным по белому напишем, что у мужчин может быть две, три, четыре и неограниченное количество жен, хотя бы в порядке очереди, и все с детьми, если мы это провозгласим в законе, то это будет закреплением тех моральных предпосылок, которые в наш переходный период, когда новой морали еще нет, а старая уже разрушена — фактически не в интересах женщины. В виду всего этого, я и поддерживала точку зрения за обязательную регистрацию брака (*Голоса:* «Правильно. Верно»). Права ли я или не права, — не знаю, но я отчитываюсь перед с'ездом в том, какую точку зрения проводила, и каковы были мои аргументы. Завтра в «Правде» появится большой фельетон Демьяна Бедного, который он должен был написать для нашей газеты. Но так как он вышел у него слишком в тысячу строк, то он отдал его в «Правду». В этом фельетоне он изложил, шутливо, конечно, всю историю этого вопроса в своей стихотворной форме. Я не ручаюсь, в какую форму это у него вылилось,— во всяком случае, его точка зрения была за регистрацию браков и за создание общественного мнения в пользу долгосрочных браков. С точки зрения экономической обеспеченности женщин, я считаю, что наши П/Отделы Охраны Материнства и Младенчества должны проводить именно эту тенденцию, когда кодекс о брачном и семейном праве будет обсуждаться на местах, ибо эта кажущаяся широта, кажущийся либерализм этого проекта зиждется на том, что мы как бы уравниваем жену зарегистрированную с незарегистрированной. Но когда эта незарегистрированная жена сможет получить от своего незарегистрированного мужа в деревне лишь мешок картошки, потом с'ест его и очутится со своим законным правом, но без фактической возможности прокормить своего ребенка, то тут утешать себя широтой этого права будет поздно. Этот проект, несмотря на «левизну», — не в интересах женщины: он увеличит лишь количество беспризорных матерей и детей. Вот те общие положения, на которых я считала нужным остановиться в своем докладе.

Теперь, как общее заключение, в смысле характеристики нашей работы, я хотела сказать следующее. Когда мы читаем белогвардейскую прессу, белогвардейскую беллетристику, то там пишут: «История подарила дикарям социальную революцию» . . . Когда вы будете заслушивать доклад о работе на Западе и сравните нашу работу и наши достижения за эти 8 лет разрухи с тем, что есть там, и когда с нашими достижениями познакомятся в Европе, там могут сказать: «История подарила дикарям охрану материнства и младенчества», потому что наша организация, как уже подчеркивал т. Семашко, смело может выдержать конкуренцию с любой из стран Запада. История ничего не дарит. У нее есть свои законы, и один из них, что революция развязывает творческую энергию масс. Если мы примем во внимание и вспомним, что мы зачастую работаем без водопровода, работаем с неподготовленным персоналом, работаем иногда в неприспособленных, деревянных помещениях, без малейшего комфорта, в котором протекает работа за границей, мы с полным правом можем сказать, что не история подарила нам нашу охрану материнства и младенчества, а мы выносили ее кровью своего сердца и соками своих нервов. Когда вы прочтете статью т. Троцкого, вы увидите, как он подходит к этому вопросу. Мы в России действительно на голой земле и на грязи вырастили нашу охрану материнства и младенчества. Правда, Россия всегда считалась страной великих возможностей, и те

возможности, которые мы осуществили в наших условиях, в сущности говоря, являются чудом. Теперь наша задача заключается в том, чтобы те возможности, которые заложены в нашем социальном строе, в нашем социальном творчестве, в творчестве энергии масс, чтобы эти возможности еще шире воплотились в жизнь, и чтобы Россия по праву из страны великих возможностей превратилась в страну великих достижений, и стала впереди всех культурных стран Запада именно потому, как в ней поставлена охрана материнства и младенчества. Пусть это явится мерилом нашей культурности, потому что, как говорит т. Троцкий, — «освободить мать — значит перерезать последнюю пуповину, связывающую народ с темным и суеверным прошлым».

Резолюция по докладу.

1. 3-е Всесоюзное Совещание по Охране Материнства и Младенчества, заслушав отчетный доклад т. Лебедевой, вполне одобряет общую линию направления работы Отдела и те новые мероприятия, которые Отдел наметил в своем директивном докладе, а именно:

а) проведение взаимного страхования материнства;

б) углубление работы учреждений, в связи с проведением диспансеризации;

в) проведение мероприятий, направленных к ликвидации подкидывания и

г) реорганизацию родовспоможения.

2. В общем и целом, истекший со времени 2-го Совещания период можно квалифицировать, как период количественного расширения, здорового по размерам и, главное, качественного улучшения работы.

Количество учреждений увеличилось на 589, и увеличилось, главным образом, за счет консультаций для грудных детей и беременных (415), яслей (142), сельских консультаций (120) и юридических консультаций (130), т.-е. за счет учреждений, которые еще больше упрочили профилактический и глубоко социальный характер нашей работы.

Число приютов для грудных детей сократилось (218), и значительное их число осталось лишь по союзным республикам (146), которым, очевидно, еще не удалось выравнить линию. Увеличилось количество родильных коек по участкам (1.000) и раз'ездных акушерок (1.583). Общее количество род. коек — 11.400.

Намеченная на прошлом с'езде работа в деревне продвинулась. Летние ясли дали увеличение сравнительно с 1923 г. на 892%. Появились новые учреждения, консультации, которых не знала деревня.

3. Важнее качественное улучшение работы — состояние учреждений. Учет работы точнее. Культурно-просветительная работа вокруг учреждений в 88% губерний ведется систематически. Усилилась связь губернских центров с уездными, но она далеко еще недостаточна.

4. Учитывая значительное расширение и растущую необходимость качественного улучшения работы по охране материнства и младенчества в связи с широким обхватом этой работы деревни, 3-е Всесоюзное Совещание по Охране Материнства и Младенчества считает необходимым: а) поставить перед Наркомздравом и местными здравотделами вопрос о выделении п/отделов охраны материнства и младенчества, как самостоятельные единицы, в аппаратах здравотделов;

б) введение в штаты п/отделов повсеместно губернских и особенно уездных инструкторов, в виду необходимости руководить волостью (районом).

в) учитывая необходимость усилить руководство работой по охране материнства и младенчества среди национальных меньшинств, предложить Отделу Охраны Материнства и Младенчества НКЗ включить в свой аппарат штатного работника для ведения этой работы;

г) совещание констатирует слабость работы союзных республик, кроме Украины, которым еще не удалось выравнить линию в смысле развития консультационной и родильной помощи и предлагает работникам по охране материнства и младенчества поставить вопрос перед НКЗ своих республик о необходимости усиления внимания и отпуска средств на эту работу.

5. С'езд считает, что настал момент вопрос о родовспоможении ставить определенно. Родовспоможение должно быть признано функцией п/отделов охраны материнства и младенчества и составить основное звено в цепи наших учреждений. Поставить профилактику родов, наладить связь родильного дома с нашими консультациями мы сумеем только тогда, когда будем организовывать родовспоможение.

При построении новых медицинских участков, при постройке больниц мы должны всюду стремиться проводить в план постройку отдельного корпуса — барака под родильное отделение с консультацией для грудных детей и беременных.

В связи с этим с'езд поручает Отделу Охраны Материнства и Младенчества разработать план развертывания акушерских пунктов.

6. В смысле большей четкости Совещание считает необходимым выделить вопрос о борьбе с беспризорностью. Борьба с беспризорностью в нашей области сводится к борьбе с подкидыванием. Профилактические мероприятия против подкидывания могут быть реализованы через советы социальной помощи при условии определенных фондов в их распоряжении.

Пути: организация общежитий для беспризорных матерей с одной стороны, выдача матерям пособия на воспитание с другой стороны и организация яслей для безработных и поденщиц.

7. Пересматривая работу учреждений, с'езд считает необходимым ввести некоторое расширение их функций.

а) Стремление охватить профилактикой все группы населения ставит перед нами вопрос о расширении работ консультаций в смысле повышения возрастного состава детей, которых они обслуживают. Дети 2—4-летнего возраста остаются вне диспансеризации, потому что не охватываются ни амбулаторией, ни консультациями. Эта группа ближе к нам, и мы должны открыть для них двери наших консультаций. То же относится и к яслям и к домам ребенка. Эта группа преддошкольников фактически находится у нас. Следует признать ее нашей формулой — и в этом смысле с'езд дает указание Отделу Охраны Материнства и Младенчества НКЗ.

б) Необходимо итти по пути превращения консультаций для беременных в консультации для женщин.

в) Обратить внимание на организацию вечерних яслей, яслей при домах коммуны, детских комнат при крупных клубах, домах крестьянина и яслей для учащихся вузов.

8. Вообще о плане. При стремлении к плановому подходу во всех отраслях строительства, вопрос о построении плана стоит и перед п/отделами охраны материнства и младенчества. При построении плана следует итти двумя путями: для каждой губернии наметить общий перспективный план, исходя из статистических расчетов о рождении и количестве детей и матерей, подлежащих обслуживанию, скинув, приблизительно, 50% на семейное самообслуживание. И при составлении плана на 1, 2, 3 и т. д. года следует исходить уже из перспективного плана, ставя себе задачей развернуть, скажем, 5—10% намеченных учреждений, и в первую очередь, беря или отдельные промышленные районы, или территориальные единицы по

другому принципу, в зависимости от местных условий и от размеров ассигнований.

9. При развертывании учреждений необходимо стремиться к привлечению страховых фондов. Необходимо поставить вопрос о выделении из общего страхового фонда, где имеются остатки сумм на содержание яслей. Кроме того, тенденция должна быть такова, чтобы через профсоюзы и женотделы вводить в коллективные договоры пункт об обязанности хозорганов содержать ясли.

10. Учитывая недостаток учреждений по охране материнства и младенчества на транспорте, необходимо проводить своего работника в штат дорздрава, развивать ясли и консультации для железнодорожников и водников.

11. В дополнение к бюджетным ассигнованиям, необходимо настаивать перед РОКК о включении помощи учреждениям по охране материнства и младенчества в число своих основных функций.

12. Приветствуя оживление издательской деятельности Отдела, с'езд считает необходимым предложить Отделу уделить еще больше внимания этой работе, в частности:

а) созданию популярной литературы для деревни,

б) литературы на языках национальных меньшинств,

в) руководящей литературы,

г) удешевление издаваемого материала.

13. 3-е Всесоюзное Совещание, констатируя абсолютный недостаток персонала, говорящего на местных наречиях в автономных республиках СССР, поручает Отделу поставить перед НКПС'ом вопрос о развертывании краевых курсов для подготовки акушерок и сестер-воспитательниц из местного населения, а также вообще о расширении сети акушерских техникумов и курсов сестер-воспитательниц. Курсы сестер-воспитательниц должны быть переименованы в техникумы.

14. Образовательный уровень для приема на курсы сестер-воспитательниц должен быть повышен, не изменяя требований в отношении социального, классового состава учащихся.

15. Для поддержки и развития инициативы и самодеятельности крестьянок и работниц в деле организации летних яслей, необходимо увязать руководящую линию уздравов с ячейками по работе среди женщин. Центр. Отделу Охраны Материнства и Младенчества предложить через отдел по работе среди женщин ЦК ВКП дать конкретные указания низовым аппаратам Женотдела о более тесной увязке массовой инициативы с П/Отделами Охраны Материнства и Младенчества.

16. С'езд считает желательным усиления живой связи Центрального Отдела Охраны Материнства и Младенчества с периферией.

Работа в деревне.

Е. Федер.

После 2-х лет довольно широкой работы на селе, мы уже можем подвести некоторые итоги и можем учесть накопившийся довольно богатый, в особенности в некоторых областях нашей республики, опыт нашей деревенской работы. Прежде чем перейти к разбору отдельных форм и методов работы на селе, надо, хотя бы в двух словах остановиться на тех общих социально-экономических и политических моментах, которые сейчас переживает наша деревня, потому что — мы не можем строить и развертывать нашу работу, вне зависимости от общей социально-политической и экономической обстановки нашей деревни. Чем она характеризуется? Она характеризуется несомненно ростом и под'емом нашего сельского хозяйства. Мы все об этом знаем. Но этот рост и под'ем сельского хозяйства идет неравномерно. С одной стороны идет некоторое укрепление, некоторое усиление более крепких зажиточных элементов села; с другой об'единение элементов незаможних — безлошадных, безинвентарных. Процесс социального расслоения идет параллельно с ростом нашего хозяйственного под'ема и развития. Бедное незаможнее селянство ищет выхода из своего тяжелого положения путем об'единения, путем кооперации, путем коллективизации всех видов и всех форм. Количество с.-х. кооперативов, артелей, коммун растет, особенно на Украине, чрезвычайно сильно. Мы насчитываем до 5 тыс. различных форм коллективных об'единений крестьянства. Эта коллективизация хозяйства, коллективизация экономики крестьянства, то кооперирование, о котором говорил В. И. Ленин, идет быстро и интенсивно. Над этой экономической основой, конечно, должна быть и соответствующая надстройка. И мы видим, что процессы протекающие в недрах современной деревни характеризуются растущей активностью, активностью различных слоев селянства. Культурный сдвиг на селе огромный. Стремление к перестройке своего быта, к переустройству своей жизни на новых началах, коллективных и кооперативных, начинает развиваться чрезвычайно интенсивно и бурно в самых отдаленных уголках нашего Союза. Рост запросов, которые пред'являет нам крестьянство, рост культурных потребностей чрезвычайно велик. И вот, в такой обстановке приходится нам строить нашу работу.

И еще одно чрезвычайно важное обстоятельство, с которым мы у себя на Украине сталкиваемся: женская рабочая сила играет сейчас чрезвычайно большую роль в экономике деревни. По данным нашего Статистического Управления Украины, женская рабочая сила, по отношению к общей массе рабочей силы деревни составляет — 24%, в то время, как мужская рабочая сила составляет только 22 с небольшим процента. Значит, мы в абсолютном и в процентном отношении имеем преваллирование женской рабочей

силы, и это понятно: войны, — империалистическая и гражданская, эпидемии, голод унесли много мужчин цветущего производительного возраста. Много сотен тысяч женщин крестьянок вынуждены в настоящее время жить самостоятельно, быть самостоятельными и зарабатывать самостоятельно средства существования.

Второй момент — огромное количество селянок принимает сейчас активное участие в общественно-политической жизни села. По данным нашим, украинским, из 40.000 делегаток, которых мы имели в прошлом году,— 32.000 крестьянок было втянуто в работу Сельсоветов. Эти десятки тысяч крестьянок, так же, как и работницы в городе и жены рабочих, требуют раскрепощения их от домашнего хозяйства. Все эти факты ставят перед нами качественно такие же задачи на селе, какие мы ставим и в городе. Мы до сих пор подходили к сельской работе с одним требованием — борьба с детской смертностью. Сейчас на селе стоят более сложные задачи по раскрепощению женщины-крестьянки (всерьез) и по вовлечению ее в общественно-экономическую жизнь через наши учреждения Охрматмлада, задачи «городские», как я в тезисах своих пишу. Это не значит, что всерьез должны проводиться городские методы нашей работы.

Первым этапом в деле широкого развития работы на селе мы считаем сельские летние ясли. В этом году на Украине срок функционирования яслей был в среднем — 2½ месяца, а целый ряд яслей существовал около 4 месяцев. Больше того, есть целый ряд таких мест, где вплотную подошли к вопросу о создании на селе постоянных яслей. Вот те коммуны, артели, крупные коллективы (которые десятками тысяч сейчас существуют), большие совхозы, в особенности возле сахарных заводов, а также крупные промышленные села, с развитыми кустарными и отхожими промыслами, являются как раз теми селами, где ясли круглый год, или вообще на более длительное время должны существовать. Вопрос относительно процента грудных детей в наших яслях, действительно, больной. Я буду иллюстрировать здесь цифрами по Украине, и вы увидите, что и в этом году процент очень небольшой, — всего только 6% детей до одного года было охвачено нашими яслями. Но у нас уже сейчас создаются об'ективные возможности увеличить этот процент. Мы слышим о десятках, сотнях сельских консультаций, и выдвигается требование, чтобы ясли были в тех селах, где имеются консультации, а их на Украине — 227. И вот эти ясли могут у себя организовать грудное отделение с тщательным, постоянным врачебным надзором, с обученным персоналом, без риска повредить детям. Мы на Украине организовали передвижные ясли исключительно для грудных детей. Это особенно надо было делать на сахарно-свекловичных плантациях, где много женщин находится в поле на работе. Этот опыт мы дважды проделали в прошлом году, поскольку это было единственным учреждением, — опыт был неудачен. Неудачно было выбрано местоположение яслей, и поэтому ничего определенного сказать нельзя. Во всяком случае по этому пути в более широком размере мы предполагаем пойти в дальнейшем.

Затем вопрос относительно инфекционных заболеваний. В этом году Украина вся вообще, и в особенности сельская, была, в буквальном смысле слова охвачена целой волной эпидемических детских заболеваний: скарлатина, и корь, и коклюш буквально косили ребятишек. Конечно, и ясли не избежали этих заболеваний, и там имелись в большом количестве инфекционные заболевания, тем более, что медицинский надзор в этом году был неважный. Но результат смертности, тяжесть заболеваний были значительно благоприятнее у детей ясельных, чем у детей, неохваченных яслями. Дети, заболевшие и бывшие некоторое время в яслях, получали лучший уход, потому что сплошь и рядом ясли активно вмешивались, доставляя медицинскую помощь заболевшему ребенку и заботились о его судьбе; эти дети

лучше справлялись с болезнью, больше выживали, и в результате давали меньший процент смертности. В соответствии с общими нашими задачами, стоящими сейчас в деревне, мне кажется, мы должны перед нашими сельскими яслями, выдвинуть более широкие и глубокие задачи, чем до сих пор. Работа сельских ясель должна итти по двум основным линиям: во-первых — гигиеническое воспитание в наших яслях, и во-вторых — борьба за оздоровление быта. Гигиеническое воспитание в яслях сводится к тому, чтобы привить в наших яслях детям гигиенические навыки. До сих пор мы ограничивались тем, что воспитывали ребенка пока он находится в яслях. Мы прививали ему эти навыки и бывали очень рады и довольны, когда маленький ребенок у себя дома требовал, чтобы перед сном ему помыли ноги, или требовал чистого белья.

Мы должны поставить перед собой в этом отношении и другую задачу: именно — вести через наши ясли борьбу за оздоровление быта. Тот лозунг «оздоровление труда и быта», который стоит сейчас перед всей советской медициной, должен быть в значительной мере выполнен через сельские ясли. Проникнуть в семью ребенка, провести те лозунги, которые мы проводим в яслях через родителей и через матерей в обиход семьи — вот наша задача, это мы можем и должны сделать через организацию матерей вокруг яслей. Упорная работа с матерями должна явиться нашей важнейшей задачей. На нашей всеукраинской конференции мы слишали из целого ряда мест доклады о том, как товарищам удалось организовать дежурства матерей-крестьянок в сельских яслях, при чем эти дежурства проводились почти все время, за исключением 3—4 недель, в самый разгар полевых работ. Наблюдалась необыкновенная заинтересованность матерей в этих ясельных дежурствах, когда они могли более тщательно усвоить то, что делается в яслях. Вот это является чрезвычайно важным моментом. Затем пропаганда за организацию в хатах, в семейной обстановке, так наз. «уголков ребенка». Мне пришлось знакомиться с материалами, правда, по другому возрасту — дошкольному Наркомпроса РСФСР, который проводил эту работу — организация уголков ребенка в деревенских хатах и избах, и мне кажется, что сейчас нам нужно этот опыт использовать. Мы знаем, как ребенок очень часто играет революционизирующую роль в своей семье. Мы сейчас пересматриваем семью рабочего и отчасти крестьянина, идя по двум путям: через женщину и через ребенка. И организация «детских уголков», где ребенок имел бы свой угол, свою постель, где он мог бы питаться всем тем, что он у нас получает, это — правильный путь.

Второй момент — это вопрос о педагогической работе в яслях. В деревне он стоит не менее остро, чем в городе. В этом отношении наше главное внимание должно быть направлено на борьбу с индивидуализмом крестьянских ребят, с которым обычно они приходят в ясли, на привитие им навыков общественности, навыков борьбы с предрассудками, социалистического мировоззрения, знакомство с окружающей трудовой жизнью, знакомство с революционной современностью, связь с пионерами, которая проводилась почти повсеместно, но без всякого плана. Вот основные направления, по которым должна развиваться наша практическая работа. Конечно, здесь встает вопрос об увязке этой работы с дошкольной работой на селе. В тех местах, где имеются детские площадки, ясли должны теснейшим образом увязаться с ними, составив общий план своей работы.

Третий момент — это работа вокруг яслей. Ясли на селе, в настоящее время являются, действительно, культурным центром. В ясли крестьянка идет чрезвычайно охотно, и это очень нас радует; она идет туда со всеми своими нуждами: муж ее бросил, обделили ее землей, не дали леса, еще какой-нибудь вопрос — со всеми своими нуждами крестьянка идет в ясли. И это мы всячески должны поощрять, как общеполитическую ра-

боту вокруг наших яслей. Ясли должны быть, действительно, культурным центром и очагом на селе. Отсюда вытекает и соответствующее требование подбора персонала, задача организации работы среди матерей-крестьянок в наших яслях.

Чрезвычайно важным вопросом является вопрос о социальном составе детей в яслях. Совершенно естественно, что когда мы проводим целый ряд мероприятий в области экономической, по укреплению связи и союза между основными группами на селе: середняком и незаможним селянством, ясно, что и в нашей маленькой области мы также должны итти в этом направлении. Поэтому вопрос о социальном составе детей в наших яслях приобретает большое значение. Между тем, положение обычно таково, что детей середняков, т.-е. несколько более зажиточных у нас в яслях чрезвычайно мало, мы даже имели случаи социальной чистки ясель, когда всех детей середняков вычищали из ясель и заполняли их детьми беднейшего населения, при чем подход был чисто собесовский: не считаясь с тем работает мать в поле или не работает. Мы считаем такой подход совершенно неправильным и не соответствующим тем требованиям, которые нам сейчас пред'являет село. Мы выставляем сейчас лозунг максимального процента детей середняков в наши ясли. Ясли должны заполняться по принципу производства — участия в сельском хозяйстве, а не по принципу собезовскому.

Чтобы покончить с работой детских яслей, я должен остановиться еще на одном чрезвычайно важном моменте. Многие товарищи отмечали, что этот год был именно первым годом более или менее широкой работы на селе в РСФСР. Мы на Украине переживаем второй год интенсивной оживленной деятельности и в работе столкнулись с таким явлением, которое можно назвать «кризисом роста». В прошлом году нам удалось настолько раскачать село в проведении ясельной кампании, которая была проведена весьма широко, что теперь мы сплошь и рядом сталкиваемся с таким явлением, что нам не только не приходится убеждать крестьянок нести своих детей в ясли, но наоборот, требование со стороны деревни все растет и растет. Напор был настолько силен, что наша организация несколько провалилась. Были случаи, когда некоторые волисполкомы, получая средства на содержание одних яслей, распыляли их на 2—3 яслей, т.-е. количество шло впереди качества. Мы считаем, поэтому, что в нынешнем году ясельная кампания на селе прошла хуже, именно в силу этих обстоятельств. Я думаю, что будет вполне своевременно поставить здесь вопрос о расширении ясель, потому что в будущем году по всему нашему Союзу мы столкнемся с этим явлением. Мы пробудили большой интерес к яслям, и теперь нам нужно устоять против той стихии, которая движется в деревне. Качество должно быть несомненно на первом месте — «лучше меньше, да лучше», потому что ясли, которые открывались у нас на 2—3 недели, ясли в двух округах, которые не имели достаточно средств и не могли поставить работу как следует, конечно, такие ясли не годятся в наших условиях.

В заключение разрешите привести несколько цифр, характеризующих ясельную кампанию на Украине: всего у нас было 786 ясель, с общим количеством 26.000 детей. Что касается места расположения, то 80% сел существовали вне районных центров, т.-е. на самых отдаленных местах периферии. Время открытия ясель — 29% открыто в мае, 57% — в июне, 14% — в июле. Закрытие ясель: в июле — 2%; 53% — в августе; 45% — в сентябре. Большинство ясель закрыто в конце августа и сентябре. Средний срок существования ясель — 2½ месяца, максимальный — 3 мес. 3 недели, минимальный — месяц. В этом году мы имели перегрузку ясель против штатного количества на 14%. Возрастной состав следующий: 54% детей до 4-х лет, 40% от 4-х до 6-ти лет и 6% детей до 1 года. Социальный состав: батрачек — 16%; середняков — 11½%, незаможников — 54%.

Штат — 3 человека — 12%, 4 человека — имело 38%, 5 человек — 34%, 6 человек — 16%, и 7 человек около 6%. Всего израсходовано на ясли около полмиллиона рублей. Средняя стоимость одних ясель — 680 руб.

Следующим пунктом в нашей работе на селе является сельская консультация. Сельская консультация на селе также, как и в городе, является центральным учреждением сети наших учреждений на селе. Мы выдвигаем следующее положение, что опорным пунктом в работе нашей сельской консультации должен быть медучасток. Консультация может успешно вести свою работу только на базе развернутой участковой работы. У нас есть опыт, когда наша консультация открывалась там, где участка не было. Результаты крайне печальные. Эти консультации в конце концов превращались в плохие медучастки Итак, первое наше требование — это базироваться на медучастке. Медучасток является естественным центром, к которому тяготеет все селянство. Медучасток располагает целым рядом вспомогательных средств. Укажу, например, на транспорт. Мы говорим, что основной задачей нашей консультации должно быть то, чтобы она могла охватить, кроме своего села, еще несколько сел. Без транспорта она этого сделать не сможет. Надо поэтому, чтобы консультация опиралась на медучасток, который располагает транспортом. Но здесь есть то же «но». Если мы говорим, что консультация должна опираться на медучасток, то в то же время мы должны сказать, что никоим образом врач консультации не должен превращаться во второго врача медучастка. Должна быть полная связь, полная увязка, консультация составляет неразрывную часть общемедицинской работы в районе, но врач консультации не должен являться вторым врачем медучастка в том смысле, что участковых обязанностей он не несет за некоторыми исключениями, о которых я скажу несколько позже. Считаем нужным подчеркнуть этот момент, ибо мы у себя на Украине с этим столкнулись, и потому, что с мест то же указывают, что как только консультация начинает широко развивать свою работу, так сейчас же начинаются поползновения со стороны медучастка, со стороны участковой медицины. Мы, поэтому, считаем необходимым поставить здесь некоторый водораздел. Работая по единому плану в области профилактики, проводя общую для данного участка работу, скажем прививочную, по линии детского населения, выполняя часть общей санитарно-просветительной работы, консультация в остальном сосредоточивается только на своих консультационных работах. Консультация должна иметь самостоятельную смету, она должна получать инструктаж и непосредственное руководство от окружного и уездного Охрматмлада. Консультация не должна загружаться общеучастковой работой, в частности, производством различных обследований и т. д. По нашему украинскому опыту мы знаем, что консультационная работа на селе имеет целый ряд переходных форм, от самых примитивных до самых сложных. Первая такая форма — это выделенные часы. Мы на основе своего опыта говорим, что это никуда не годится, что это себя совершенно не оправдало. Вторая форма — выделенные дни. Эта форма заключается в том, что медучасток выделяет так наз. профилактический день, когда ведется консультационный прием грудных детей и беременных матерей. По сравнению с предыдущей формой эта форма представляет известное преимущество. Но развернутой консультационной работы она не может проводить, не имея для этого ни сил, ни возможностей, ни средств.

Третья форма — примитивная консультация — это когда участок выделяет 2—3 консультационных дня, при чем имеется патронажная сестра. Это можно назвать консультацией, хотя и примитивной. Здесь огромное преимущество заключается в том, что есть патронаж, патронажная сестра и, значит, существует полная возможность для того, чтобы поставить консультационную работу.

Следующей формой является отдельная сельская консультация, т.-е. отдельный врач, сестра, в отдельном помещении, снабженном и оборудованном весами и выставкой.

И, наконец, последней наиболее совершенной формой являются сельские пункты по охране материнства и младенчества. Таких пунктов имеется несколько. Пункты эти специально образованные и в основе их лежит консультация грудных детей и охрана материнства — консультация беременных. Эти пункты являются, конечно, идеалом наиболее совершенной работы по охране материнства на селе.

Целесообразность этих пунктов заключается в том, что они наиболее полно охватывают нашу работу на селе, наиболее полно приспособлены к условиям сельской действительности. Когда летом эти пункты развертываются и развертываются ясли, то консультационная работа сводится к минимуму. Осенью ясли сворачиваются, за то разворачивается консультационная работа, в значительной мере используя живые силы тех же самых людей.

В работе сельских консультаций мы выдвигаем несколько моментов: во-первых, эти консультации должны носить раз'ездной характер. Если мы говорим о широком охвате села, то мы не можем удовлетвориться обслуживанием тех десятков, сотен и даже тысяч сел, в которых имеются консультации. Наш Советский Союз имеет десятки и сотни тысяч сел, поэтому, мы говорим, что консультации должны вести свою работу так, что 3—4 раза в неделю вести прием в своем селе, остальные 3 раза использовать для выездов в окружающие села. При чем эти выезды были намечены двоякого рода — выезды в соседний участок, преследующие инструктивную цель, задачу инструктировать соответсвтующий медперсонал с тем, чтобы там через некоторое время развернулась своя консультация. И во-вторых, вести консультационный прием там, где консультации не имеется.

Очень важным моментом является патронаж в сельской консультации. Я не буду доказывать всю его важность, в особенности в условиях сельской обстановки, но подчеркну характер, который носит и может носить патронаж на селе. Если мы говорим, что в городах создание патронажа по-квартирного, по-дворного не под силу огромному большинству крупных центров, то на селе, благодаря специфичности сельских условий, такой подворный сплошной патронаж является обыденным явлением. Патронажная сестра заходит в какой-нибудь угол села, идет из хаты в хату, проводит там свою активную патронажную работу. Чрезвычайно важный момент, который выявился на Украине — это разветвление щупалец патронажных сестер в лице актива женского, в лице делегаток Женотдела, которые прикрепляются к консультации и там, под руководством врача проходят определенный курс, определенную школу материнства, а потом прикрепляются к отдельным сотням села и там ведут агитацию и пропаганду, убеждают обращаться к врачу за медпомощью по поводу родов и т. д.

Чрезвычайно важным моментом работы консультации является то, смогут ли они организовать хотя бы в минимальной степени социальную помощь. Село чрезвычайно чутко реагирует на эту помощь, и мне лично пришлось убеждаться в очень многих селах, как какие-нибудь две пеленки, выданные особо остро нуждающейся крестьянке, играют огромную роль в смысле популярности. Поэтому создание советов социальной помощи или комиссий по охране материнства и младенчества при Сельсоветах является важнейшей задачей.

То же самое относится и к организации правовой защиты, юридической помощи матери. В этом отношении сельской консультации приходится играть более значительную роль, чем городской. В городах мы так или иначе привлекаем юристов, хотя и бесплатно. На селе же приходится

Л. Д. Троцкий с делегатами совещания.

выступать врачу. У нас бывали случаи даже, когда выживали из села наиболее общественных врачей за слишком активную работу по взысканию алиментов. Но эта работа очень важная и очень нужная для нас.

Теперь перехожу к следующему моменту — к вопросу о родовспоможении на селе. Надо сказать, что это вопрос стоит из рук вон плохо, и мы должны с нашего всесоюзного с'езда громким голосом закричать на весь Союз, что родовспоможения у нас на селе нет. Те десятые доли процента помощи по родовспоможению — ничто. У нас на Украине с развитием участковой сети помощь по родовспоможению составляет 8—9%. Госпитализируется только 2%. Это, конечно, ничтожная цифра, при чем даже та помощь, которая оказывается — неудовлетворительна. При огромном количестве патологических родов, помощь оказывается в больницах руками среднего медицинского персонала. Тот инструментарий, который имеется в больницах, совершенно неудовлетворителен. На эту сторону надо обратить наше сугубое внимание.

Основные недостатки родовспоможения на селе, помимо качества — это чрезвычайно небольшое количество коек, при чем не во всех больницах выделены больничные койки. Часто родильница кладется в общую палату. Очень невелико количество акушерок, при чем эти акушерки большей частью загружены посторонней работой — она и завхоз, и счетовод и в аптеке ведет работу. Целый ряд округов дают такую цифру, что акушерка имеет в месяц 4—5 выездов. Эта цифра совершенно ничтожная. Кстати сказать, это минимальное количество родильных коек не целиком заполнено — заполнено только 60%. Причина кроется с одной стороны, в условиях существования селянства, в огромной безлошадности селянства. У нас на Украине 40 с лишним процентов безлошадных крестьян, которые не могут передвигаться в больницы, а с другой стороны, причина заключается в том характере, который носит наша родовспомогательная помощь и пассивный характер больниц, когда они довольствуются тем, что если крестьянка придет — хорошо, не придет — тоже хорошо.

Поэтому мы считаем, что нашей главной, первейшей задачею в области родовспоможения является во-первых — изменение самого характера родовспоможения, придание ему активного характера. Активный характер — значит, широкая культпросветительная работа, опираясь на актив делегаток, актив села; это значит, оказание социальной помощи матерям, хотя бы в примитивной форме, в виде выдачи нескольких пеленок; это значит консультация беременным и т. д. Это мы называем активным родовспоможением.

Совершенно очевидно — раз у нас на селе такое ничтожное количество коек, при чем это наличие коек даже при максимальном использовании может дать нам максимально госпитализацию в размере 7%, то ясно, что пройдет еще много лет, может быть, 10 лет до тех пор, пока мы сможем госпитализировать сколько-нибудь значительный процент.

Поэтому основной задачей родовспоможения на селе является организация на селе акушерской помощи на дому, и на эту организацию нам надо обратить особое внимание.

Здесь перед нами стоит несколько задач. Одна из них — это разгрузка акушерок участковых от тех несвойственных им хозяйственных функций, которые они выполняют. Во-вторых — увеличение кадра разъездных акушерок и в-третьих — децентрализация акушерской помощи. Безлошадность крестьянства заставляет нас пойти по этому пути в виде создания таких акушерских пунктов.

Украинский с'езд тоже высказался за это. Мы не боимся того, что эти пункты должны неминуемо превратиться в фельдшерские пункты, что они превратятся в новый вид фельдшеризма. Если мы возьмем сейчас село,

то там не фельдшеризм, а бабкизм, там бабки во всем господствуют. Поэтому, если будут акушерские пункты, это будет не страшно. Самое главное, это организовать такие пункты. Они должны стоять в теснейшей связи с нашими консультациями, а там, где их нет — с медицинскими участковыми работниками под их руководством и под их контролем и наблюдением. У нас на Украине мы проводим прикрепление раз'ездных акушерок к консультациям.

Вопрос о наших профилактических задачах в деле организации родовспоможения на селе. Дело в том, что сейчас родовспоможение так безобразно организовано, или, вернее сказать, так неорганизовано, роды у крестьянок проходят в такой отчаянной обстановке, передродовой и послеродовой периоды проходят в такой обстановке, что совершенно естественен огромный процент гинекологических заболеваний на селе. По нашему Санстату 20% всей женской заболеваемости приходится на долю гинекологических заболеваний, и, поэтому, нам естественно нужно задуматься над этим вопросом. Здесь две большие профилактические задачи, которые мы должны выполнить: во-первых, это борьба за охрану труда беременной крестьянки, охрану труда, конечно, в кавычках. Мы знаем, что бытовые условия заставляют крестьянку работать в семье до последних дней перед родами.

Второй момент — борьба с ранним вставанием с постели после родов. Эту задачу мы можем себе поставить, если мы в этой работе путем организации общественного мнения селянства будем опираться на наши активы при Совете социальной помощи или Комиссии по Охране Материнства и Младенчества при сельсоветах. Мы должны этот вопрос поднять, т. к. здесь вопрос идет не о законодательном акте, а вопрос идет об известном переломе в общественном мнении, об известном переломе в отношении к женщине у крестьянства в период ее беременности. Что касается профилактики раннего вставания, то здесь, кроме агитационных, мы можем принять и некоторые организационные меры. Некоторые попытки организовать институт заместительниц хозяек на время родов уже предпринимаются. В чем основная роль бабок? Не только в том, что она оказывает помощь роженице, но, главным образом, и в том, что крестьянка, вынужденная лежать в постели, имеет со стороны бабки помощь по хозяйству, бабка сварит ей обед, присмотрит за детишками, накормит и т. д. Вот в чем сила бабки на селе. Нужно выбить оружие из ее рук, и, мы думаем, что там, где у нас хорошо сорганизован женский актив вокруг консультации, мы можем на первых порах — в порядке общественной работы, потому, что средств у нас нет, а затем, когда получим средства — в порядке платности, через посредство делегаток на селе организовать заместительниц хозяек на время родов.

Очень важный момент — это качественный состав наших акушерок на селе. Мы знаем, что акушерское родовспоможение на селе ведет работу иногда против Охрматмлада, так сказать, анти-охрматмладовскую пропаганду. Нужно, чтобы они стали нашими работниками, нашими агентами, потому, что еще пройдет очень много времени, пока мы сможем забросить во все уголки наших сестер. Поэтому, вопрос о переквалификации, о соответствующей подготовке акушерского персонала в области охрматмлада приобретает сугубое значение.

Перейдем к абортам на селе. Количество абортов на селе чрезвычайно большое. Учитываем мы это количество в очень маленьком проценте по сравнению с фактическим количеством, при чем нужно сказать, что аборты на селе имеют, как будто бы тенденцию возрастать. Около 70 — 75%, т.-е. очень большой % абортов приходится на долю подпольных абортов, т.-е. таких, которые в больницу не попадают до момента, пока не началось кровотечение. Поэтому, мы считаем, что наша задача на селе по вопросу об абортах заключается не только в борьбе с абортами, как с таковыми

(мы знаем, что в этом отношении мы вряд ли что-нибудь сможем сделать), но в борьбе с подпольными абортами, ибо эти подпольные аборты ежегодно калечат десятки тысяч женщин. Если мы с этой точки зрения посмотрим на те меры, которые мы проводим, то мы должны сказать, что они недостаточны, и что они идут в разрез с этой задачей. Это касается вопроса абортных комиссий. Эти абортные комиссии у нас повсеместно были, как в городах, так и в селах, и мы убедились, что они приносят, пожалуй, больше вреда, чем пользы. Крестьянка очень часто не решается пойти в эту абортную комиссию, которая находится вдобавок при сельсовете, и открыто признаться там в своем положении. Мы знаем, что на селе взгляд на этот счет другой, чем в городе. Поэтому, очень часто, не решаясь войти в абортную комиссию, крестьянка идет к бабке и производит аборт подпольно. Возражение выставляется такое, что упразднение абортных комиссий развяжет эту стихию на селе — это, во-первых, а, во-вторых, не будет тогда контроля над действиями врача, потому что, упраздняя абортные комиссии, мы возлагаем все права и обязанности по производству аборта на участкового врача. Здесь можно выставить еще такое возражение, что функции абортных комиссий по противоабортной пропаганде мы передаем на Украине на утверждение Совету Социальной Помощи, все функции по разбору тяжб и недоразумений между врачем и крестьянкой мы передаем Совету Социальной Помощи или Комиссии по Охране Материнства и Младенчества в РСФСР. Значит, общественный контроль над врачем все же будет. Врач должен будет периодически представлять количественные цифровые данные о произведенных абортах.

Вот как будто и все основные моменты в нашей работе на селе. Но, кроме форм работы, необходимо коснуться еще двух вопросов. Первый — вопрос относительно материальной базы и второй — относительно руководства.

Материальная база. Если мы говорили, что наша материальная база в городах с более развитой работой является зачастую случайной, то мы заслушали от Веры Павловны напутственные слова, что и дальше мы должны с такой же искоркой вести работу, брать всюду, где можно, где «плохо лежит», как говорится у нас на Украине. На это наши работники Охрматмлада большие доки. Но все-таки я считаю, что на 8-м году революции нам нужно уже переходить к более основательному, более прочному строительству. Если я указал в своем докладе, что 20% нашей сметы приходится на долю случайных поступлений от общественных организаций, то этот % несравненно больший на селе: наша помощь детям на селе ведется в комиссиях помощи детям и в других общественных организациях. Конечно, очень хорошо, что мы пробудили такую общественную самодеятельность, инициативу, но все-таки нужно подвести более прочную материальную базу под это дело. Поэтому, наш основной лозунг, наше требование, чтобы вся наша сельская сеть перешла на содержание по прочному местному бюджету, не по госбюджету, по которому здесь некоторые тоскуют — его срок истек, — а по местному бюджету, и я скажу больше того, по бюджету виков, риков, наших низовых ячеек. Это, товарищи, находится в полном соответствии с общей политикой, которая проводится сейчас нашим советским государством в отношении местных органов и их экономических и финансовых прав. Вы знаете, что бюджет сейчас децентрализован, что местные советские ячейки, как Волисполкомы и Сельсоветы отчасти получили бюджетные права и довольно большие, они имеют свой бюджет, свои доходные поступления. Большая часть доходных поступлений передается на места. Значит, товарищи, мы должны совершенно забыть всякий госбюджет. Отсюда мы много не получим, а все свои усилия, все свои стремления нужно сосредоточить на том, чтобы завоевать себе прочное, постоянное и все более расширяющееся место

внизу — в местном, районном и волостном бюджете. Только, как дотацию, как затравку, только для развития отдельных профилактических мероприятий на селе мы можем говорить о госбюджете. Мы должны обращаться к госбюджету только в отдельных случаях, как развитие культурно-просветительной работы, субвенция на ясли, акушерские коробки для участка и т. д., во всем же остальном — местный бюджет с привлечением, конечно, средств местного крестьянина, их общественных организаций. В этом отношении проведение страхования материнства, проведение добровольного страхования на селе должно иметь особо важное и принципиальное и практическое значение.

Теперь, товарищи, относительно аппарата. Для нас совершенно очевидно, что развертывать широкую, а, главное, плановую работу на селе (мы подошли уже к моменту плановой работы), мы не можем без крепкого аппарата в уездах, без крепкого аппарата в округах. Конечно, все наши планы и директивы повиснут в воздухе, застрянут между центрами Союзным и губернскими, поскольку у нас в уездах не будет такого аппарата, состоящего из профилактического п/отдела не как из привеска к лечебному отделу или к санитарному отделу, а самостоятельного п/отдела до самой периферии и достаточно крепкого в отношении персонала. Мне кажется, что и по этому вопросу о сельской работе мы должны такое положение выставить.

У нас сейчас есть округа, насчитывающие несколько десятков учреждений на селе, не только сезонных, но и постоянных, в виде сельских консультаций.

Встает вопрос — как может наш аппарат — инспектор или заведующий Охрматмладом в единственном числе охватить, а главное, дать соответствующее методологическое руководство всей этой массе сельских учреждений. Поэтому, мы на Украине выдвигаем такую организационную форму— наша консультация окружная должна стать действительно окружной консультацией, или, по вашему, уездной консультацией в смысле направления до известной степени работы сельской консультации, при чем главной функцией этой уездной окружной консультации будет живое инструктирование сельского медперсонала, когда он приезжает в город. Будет ли это участковый врач, или врач сельской консультации, или же сельская акушерка,— на них нам надо обратить внимание. Здесь инструктаж живой должен играть большую роль, может быть на первых порах это будет трудно сделать,— мало средств, но надо стараться, чтобы это было проведено, и, чтобы были периодические выезды работников окружной консультации. Затем работа по подготовке персонала для села. Затем живой обмен опыта, доклады консультации на различные, не только общие, но и более специальные темы на окружных совещаниях и совещаниях работников Охрматмлада, учет и суммирование опыта сельских консультаций, — вот те функции, в отношении руководства и направления работы наших уездных или окружных отделов, которые мы возлагаем на окружную консультацию.

Резолюция по докладу.

Социально-экономическая и политическая обстановка деревни, ставит перед органами охраны материнства и младенчества целый ряд чрезвычайно сложных и ответственных задач, которые требуют к себе серьезного внимания на целый ряд лет.

Одним из этапов в деле широкого развития охраны материнства и младенчества в деревне должны явиться сельские консультации.

А. 1. Признавая, что профилактическое учреждение на селе является лишь жизненным и устойчивым при наличии лечебных установок в том же

месте (больницы, амбулатории), с'езд считает, что консультационная сельская сеть должна строиться на базисе существующих медучастков, а не вне их.

2. Самостоятельная консультация для матерей, охватывающая своим влиянием район с минимальным штатом в три человека (врач-педиатр, сестра патронажная и техничка) и развивающаяся постепенно в пункт по охране материнства и младенчества в деревне, путем обрастания целым рядом учреждений охрматмлада (консультация для беременных, родильный стационар, ясли, при необходимости, и молочная кухня).

3. Для развития консультационной работы в деревне при недостаче врачей-педиатров и средств — целесообразна организация примитивной консультации при медучастках, которые ведутся врачами медучастков в определенные дни недели систематически и регулярно, имея в штате патронажную сестру.

4. Считать обязательным и впредь выделение «консультационного дня» на тех медучастках, где это до сих пор еще не введено.

5. При появлении на медучастке возможности приглашения 2-го врача на местные средства — всячески добиваться, чтобы это место занял врач, знакомый с охраной материнства и младенчества. На этого врача уездный охрматмлад, до появления возможности создания самостоятельной консультации, возлагает всю свою работу по охране материнства и младенчества в деревне.

Не допуская превращения врачей самостоятельных сельконсультаций во второго врача медучастка в смысле нагрузки его общеучастковой работой, вместе с тем консультация принимает участие в общем плане профилактических мероприятий в медучастке по линии обслуживания детского возраста (прививочные кампании, участие в общем плане санпросветработы участка).

6. Консультации должны снабжаться нужными медикаментами, перевязочными средствами из аптеки медучастка, иметь транспорт для плановых выездов врача и сестры консультации на периферию своего участка и в другие медучастки района. Для раз'ездов зимой и осенью врач и сестра должны быть обеспечены соответствующей теплой одеждой. Центральному Отделу НКЗ согласовать этот вопрос с ЦК Союза.

7. Непосредственное руководство консультационной работой на селе, инструктаж сельконсультаций и медучастков по линии консультационной работы лежит на уездном (окр.) инструкторе по охране материнства и младенчества.

Самостоятельная консультация должна иметь отдельную от медучастка смету и помещаться в отдельном помещении.

8. Для развития работы по охране материнства и младенчества в районе, самостоятельная консультация в лице своего врача организует в соседних медучастках примитивные консультации при наличии в штате патронажной сестры, в противном случае — консультационный прием в профилактический день, систематически инструктируя персонал медучастков в области проведения работы по охрматмладу.

9. Возлагаемые на самостоятельную консультацию задачи охвата района, придающие ей «раз'ездной» характер, диктуют необходимость ограничить число рабочих дней в местопребывании консультации до 4—5 в неделю, с тем, чтоб 1 — 2 дня в неделю она проводила работу на периферии медучастка и в соседних медучастках района.

10. Для развития патронажа на селе необходимо привлечь в помощь патронажной сестре женский актив села — делегаток Женотдела, проводя подготовку их для этой работы при сельконсультации.

11. Культпросветом консультация должна охватить, помимо матерей, и широкие массы крестьянства (через избу-читальню, делегатское собрание).

Снабжение консультаций популярной литературой и пособиями необходимо производить, особенно первое время, за счет губздравов.

12. Констатируя, что работа по охране материнства на селе отстает в своем развитии от охраны младенчества, с'езд считает необходимым поднять эту область работы, путем организации консультаций для беременных при всех самостоятельных консультациях. Ведение консультации для беременных возлагается на врача консультации, при его достаточной подготовке в области акушерства, — в противном случае — на врача медучастка временно, до получения соответствующей подготовки врачем консультации.

При всех медучастках, не имеющих самостоятельной консультации, должно проводить консультационный прием беременных в профилактический день.

Б. 1. Ясли прочно входят в новый быт деревни и являются одним из крупных факторов культурного воздействия на крестьянство. Подготовка к ясельной кампании должна обычно начинаться задолго до открытия яслей. При составлении смет необходимо ввести расходы на ясли в смете волисполкомов. Кроме того, губернские п/отделы должны всеми мерами стремиться провести в своих сметах определенные фонды дотационного характера, на поддержку ясельной сети в отстающих уездах.

2. В течение зимы необходимо всесторонне популяризовать идею яслей и подготовить материальную базу, вовлекая в это дело все местные общественные организации и само население на добровольных началах.

3. Минимальным сроком существования летних ясель считать 3 месяца.

4. Увеличить % охвата сельскими яслями детей грудного возраста, как в яслях, расположенных в пределах медучастка и располагающего подготовленным персоналом, так особенно в местах, где находится самостоятельная консультация.

5. Стремиться преимущественно к обслуживанию сельскими яслями детей до 4-летнего возраста.

6. Штат в яслях на 30 — 40 детей признать минимальным в 5 человек.

7. В подготовке персонала для летних яслей взять курс на подготовку крестьянок путем практической работы в сельконсультации и учреждениях охрматмлада в городе, а также на приспособление квалифицированных работников города для работы в сельяслях (слушательниц курсов, медсестер и акушерок) путем практического стажа их в соответствующих учреждениях города (яслях, домах ребенка).

8. Задачей охрматмлада на местах в строительстве сельских яслей в текущем году считать обеспечение каждых яслей минимум 2-мя хорошо подготовленными работниками (зав. яслями или медсестра и воспитательница).

9. Обеспечить обслуживание яслями середняка наряду с беднотой, не допуская, однако, заполнения яслей по собесному признаку (наибольшей материальной нуждаемости, вне зависимости от участия крестьянки в полевых работах).

10. Сельские ясли должны стремиться охватить своим влиянием (патронаж и культпросветработа) и грудных детей, не посещающих ясли, закладывая тем самым фундамент, для развития консультационной работы в данном селе.

11. Там, где организации постоянных яслей способствуют об'ективные условия (коммуны, совхозы, сельколлективы, сахзаводы и т. д.), стремиться к оставлению яслей на зиму, как ячейки коллективизации быта, ни в коем случае не допуская превращения их в закрытые дома.

12. В целях организации вокруг учреждений охрматмлада крестьянской общественности и вовлечения селянок в активную работу, с'езд считает необходимым усилить работу по созданию при сельсоветах (согласно положе-

ния о них) комиссий по охране материнства и младенчества, оживить их работу. В тех местах, где существуют в деревне советы социальной помощи, необходимо слить их с комиссией охраны материнства и младенчества при сельсоветах, передав последним их функции. Оказание правовой защиты матери-селянке входит в функции, осуществляемые комиссиями по охране материнства и младенчества путем привлечения к работе имеющихся в районе юристов, путем выездов на село юриста окружной консультации, использования выездных сессий нарсудов и т. п.

Необходимо создать материальную базу для социальной помощи в деревне, стремясь к проведению ассигнований на социальную помощь по сметам сельконсультаций, а также, привлекая средства комиссий помощи детям, РОКК, ВКП, Ячеек «Друзей детей», комитетов взаимопомощи, кооперации, фонда «Г» и др.

В. Констатируя катастрофическое состояние дела родовспоможения на селе, с'езд находит необходимым проведение следующих мероприятий:

1. Исходя из наличия родильных коек на селе и перспектив на их расширение в ближайшие годы, а также бытовых особенностей села, необходимо центр тяжести в области родовспоможения перенести на оказание акушерской помощи при родах на дому, для чего:

а) Освободить сельских акушерок от всяких побочных обязанностей при медучастке с тем, чтобы все свое внимание и рабочее время акушерки уделяли прямой своей обязанности — родовспоможению.

б) Увеличить число раз'ездных акушерок.

в) Провести переподготовку акушерок в области охрматмлада.

г) Снабдить медучастки акушерскими коробками с предметами ухода для родильниц, для санитарно-гигиенического проведения родов на дому.

д) Развить работу консультаций для беременных на селе.

е) В целях приближения акушерской помощи к населению, с'езд считает целесообразным организацию акушерских пунктов в крупных селах на периферии медучастков.

Акушерка пункта должна работать под руководством самостоятельной консультации в районе, там, где она есть, в противном случае, под руководством медучастка на общих основаниях, будучи связана с медучастком, состоя в его штате и отчитываясь перед ним в своей работе.

2. Для улучшения и развития существующей коечной сети необходимо:

а) Обязательное выделение во всех участковых больницах родильной палаты (на 2—3 койки).

б) Дооборудование родильных палат всем необходимым по уходу за роженицей и новорожденным, а также детскими кроватками. Добиваться для этого фиксации средств из специальных ассигнований на улучшение сельской сети, а также ассигнований по фонду «Г» и Красного Креста.

в) Предоставление родильных коек только роженицам, не занимая их абортирующими женщинами.

г) Расширение числа родильных коек путем организации род. стационаров в 2—3 койки при амбулаторных медучастках.

д) При проведении госпитализации родов на селе, стремиться, главным образом, к охвату патологических родов.

Работа в деревне в восточных республиках.

1. Учитывая экономические и бытовые особенности народностей восточных республик, считать основными линиями работы в деревне: а) родовспоможение, б) консультационную работу. Среди кочевых народностей основным типовым учреждением должна явиться подвижная консультация с акушеркой при ней.

2. Работа в деревне возможна лишь при наличии персонала из местного населения, говорящего на национальном языке. Поэтому, необходимо обратить особое внимание на подготовку работников (акушерок и сестер) из местного населения окраинных республик.

3. Снабжение литературой для деревни на национальных языках является неотложным вопросом сегодняшнего дня. В связи с отсутствием возможности организовать издательство литературы на национальных языках на местах, с'езд считает, что эту работу должен взять на себя Центральный Отдел Охраны Материнства и Младенчества при обязательном участии заинтересованных меньшинств (республик).

Диспансеризация в области охраны материнства и младенчества.

О. П. Ногина.

Мы все работники в области здравоохранения теперь уже знаем, что вся работа этого отдела перешла, так сказать, на профилактические рельсы, и об этом долго распространяться, конечно, не нужно. Одни города пошли в этом направлении очень далеко, другие идут по этому пути с некоторой опаской, боясь сломать ту лечебную помощь, которая налажена. Но как те, так и другие, резко и определенно порвали с прежними чисто лечебными функциями и считают необходимым вести работу по профилактической линии. Методом проведения этой профилактической работы все опять-таки выбрали метод диспансеризации. В. П. Лебедева тут кратко в своем докладе определила, что представляет из себя диспансеризация. Я тоже позволю себе немножко на ней остановиться. Диспансеризация — это не самоцель, а метод проведения профилактической работы. Заключается это приблизительно в следующем: выделяются наиболее определенные группы населения, главным образом, группы промышленного пролетариата. То или иное предприятие берется раньше на учет, т.-е. все рабочие подвергаются первичному диспансерному обследованию. Путем такого обследования отбираются элементы, малоустойчивые в смысле здоровья, те которые, может быть, даже и не знали о том, что у них существует то, или иное заболевание, или склонность к тому или иному заболеванию. Их берут под наблюдение, и им предоставляются все виды дополнительной медпомощи, как-то: диэт-столовые, ночные санатории, просто санатории, курортное лечение и пр. Таким образом, во время захватывается и предупреждается та или иная болезнь. Она не идет быстрым темпом, и это позволяет многим хроническим заболеваниям не развиваться, а хроникам — продолжать свою работу, быть у станка, наполовину лечась, и вместе с тем работая. Опыт Москвы в этом деле нам показывает, что диспансеризация дает уже свои плоды. У нас за последнее время, в течение нескольких лет не прибавляется количество коек, коечное лечение остается в прежнем размере, и это достигается тем, что многие хронические больные не кладутся на койки, а им предоставляется или диэтпитание — обед и ужин в диэтстоловой. И в то же время больной продолжает работать, или же некоторые категории больных работают днем, а ночью находятся не в своих домашних антисанитарных условиях, а в ночной санатории. Это сохраняет больничные койки и вместе с тем сохраняет промышленности работников у станка.

Таким образом, идет диспансеризация взрослого населения. Конечно, лечебному п/отделу пришлось несколько туго с этой работой, потому что приходится проводить диспансеризацию в условиях недостатка врачей и больничных коек; первым моментом диспансеризации является нагрузка на всю

лечебную сеть, результаты же диспансеризации сказываются лишь через известный промежуток времени. Поэтому-то, может быть, некоторые губотделы Здравоохранения и не идут так смело по этой линии, а опасливо выбирают одно - два предприятия для опытов по диспансеризации.

Что касается нашей области — области Охрматмлада, то мы с гордостью можем сказать, что наша работа с самого возникновения своего была и намечалась, как работа профилактическая. С самого начала этой работы опять-таки был выбран метод именно диспансерный, и наши консультации со всеми их развитыми формами, со всем множеством их функций, которые я не буду вам перечислять, — они вам хорошо известны, представляют из себя совершенный вид диспансера. Если мы не берем этого названия, то просто потому, что находим, что диспансер у нас обыкновенно связан с понятием о туберкулезе, население к этому привыкло, и мы не хотим вносить путаницы в это понятие и не называем этим словом наши консультации.

Почему мы сейчас снова заговорили о диспансеризации в области охрматмлада? Нужно ли нам говорить об этом на нашем III совещании, если вопрос об этом стоял всегда у нас? Нужно, товарищи, и нужно вот в каком смысле. Тов. *Семашко* в приветственном слове заявил нам, что вы, мол, работаете отлично; вашу работу по количеству и качеству нельзя сравнивать с работой заграничной, но вам недостает, так сказать, некоторой отшлифовки в работе, ваша работа чрезвычайно расползается, и настало время, когда в крупных центрах, по крайней мере, нужно приступить именно к отшлифовке работы. И вот для крупных центров вопрос о том, в какие формы сейчас должна вылиться наша работа, — это вопрос только внесения четкости и ясности в нашу работу, а не просто существа ее. Вы знаете, что не только в крупных центрах, но и на самых отдаленных окраинах, мы, как правило, в городах имеем консультации и этими консультациями охватываем громадные массы нашего младенческого населения.

Из чего же должна сложиться наша диспансерная работа в области охраны материнства и младенчества? Во-первых, она должна, по возможности, охватить все группы детей младенческого и раннего возраста, примерно, до 3-х лет; должна охватить всех беременных и родильниц, и, во-вторых, она должна привлечь широкие организованные рабочие и крестьянские массы к нашей работе. Ибо, как бы мы нашу работу ни ставили, какие бы материальные средства мы в нее ни вкладывали, какую бы массу патронажных сестер мы ни пускали в работу, все это будет элемент пришлый и полного изжития существующих предрассудков в области охраны материнства и младенчества, мы все-таки не получим, или, если и будем получать, то с гораздо большими затратами материальных сил и средств, чем если привлечем самые массы к проведению и осуществлению этой работы. И вот привлечение организованных масс, придание этой работе организованной формы — есть второй момент нашей диспансеризации. Вообще не приходится жаловаться, что мы работаем как-то обособленно, не сливаясь с рабочей массой. С первых дней нашего существования, нас широко поддержали рабочие массы, но эта поддержка была чрезвычайно неоформлена — в виде посылки того или другого количества делегаток, которые сосредоточивались около наших отделов, но определенных заданий не несли. Сейчас нам эту работу нужно влить в определенные рамки. Организационной формой для проведения диспансеризации по опыту Москвы является консультационное об'единение с Комиссией Оздоровления Труда и Быта при нем.

Что представляет из себя это консультационное об'единение? Первая часть моего доклада будет касаться города, так что все, что я буду говорить, это касается исключительно города, а не деревни.

Так вот, центром этого консультационного об'единения служит наша развитая консультация со всеми ее вспомогательными функциями. С этой

консультацией организационно сливаются наши учреждения охраны материнства и младенчества, лежащие на территории данного об'единения. Как происходит выделение отдельных об'единений? Я думаю, что здесь принципы будут различные, в зависимости от местных условий: либо они выделяются на основании чисто территориальных условий, либо по количеству учреждений, либо по количеству предприятий, находящихся на территории данного об'единения, либо, наконец, что мы провели в Москве, это деление происходит по линии административного деления города, т.-е. по линии комиссариатов. Это дает нам ту выгоду, что мы имеем возможность пользоваться в нашей работе статистическим материалом, проходящим через ЗАГС'ы, филиалы которого находятся в каждом комиссариате. Поэтому мы избрали этот путь административного деления города.

При консультационном об'единении образуется комиссия оздоровления труда и быта. Что это означает? Дело в том, что мы имеем в своей работе несколько этапов. Во-первых, развитие общественной работы вокруг нас. Первоначально, как я говорила, это были просто делегатки, затем вокруг нас начали складываться, так называемые, материнские комитеты, которые затем претворились в комиссии содействия, которые стали образовываться как при яслях, так и при консультациях, и, наконец, Советы Социальной Помощи. Мы через них перескочили и сразу перешли на организацию комиссий оздоровления труда и быта. Наши комиссии втянули в себя все эти первоначальные формы, но их функции и их работа гораздо шире.

Комиссии Оздоровления Труда и Быта имеют также организационную работу, — они являются центром, где прорабатывается весь план нашей профилактической работы по охране материнства и младенчества на территории данного об'единения. Значит, если у нас существует определенная территория, обнимающая несколько предприятий, крупные дома-коммуны и т. д., то план работы, все мероприятия, которые мы должны с ними проводить,— все это прорабатывается в этих Комиссиях Оздоровления Труда и Быта. На их разрешение ставятся вопросы очередности взятия на учет и диспансеризации того или иного предприятия. Наиболее вредному производству отдается предпочтение. Иной раз определенные кварталы берутся вне очереди на учет, как кварталы, опасные с точки зрения санитарно-гигиенической, или с точки зрения социальной, как те кварталы, где сосредоточена проституция и т. д. Словом, различные уклоны данного района, социальные, бытовые и производственные в особености, обсуждаются в этой Комиссии Оздоровления Труда и Быта и там решается то или иное направление работы.

Из кого состоит эта Комиссия по Оздоровлению Труда и Быта? Естественно, что главой этой Комиссии является врач, руководящий консультационным об'единением. Затем, как непременные участники, туда входят врачи всех тех учреждений, которые находятся на территории данного об'единения. Затем туда входят сестры, главным образом, патронажные. Это медицинские работники. Затем общественные работники. Кроме члена бюро от Секции Охраны Материнства и Младенчества, входят представители от фабзавкомов всех учреждений и предприятий, находящихся на данной территории, затем делегатки, которые прикреплены к нам от Женотдела, затем представители от о-ва «Друг Детей» и проч. Пополнение этого списка зависит от местных условий, и он может быть увеличен или уменьшен. Мы собираем Пленум Комиссии один раз в месяц. В качестве рабочего аппарата эта комиссия выделяет из себя Президиум. Вот в кратких словах структура консультационного об'единения. Вы спросите меня, какой в этом смысл, зачем нужно группировать наши учреждения в об'единении. Мне кажется, что после того, как я очертила вам эту работу, ясно, какой в этом смысл. Ведь создать большую общественную работу вокруг каждого нашего учреждения, заинтересовать не только делегаток, но и представителей предприятий ясель-

ными делами чрезвычайно трудно. Чрезвычайно трудно поднять их заинтересованность вокруг каждых ясель в 30 — 40 человек, родильного дома или же того или другого нашего учреждения. А без этого нельзя вполне развернуть общественную работу. Мы знаем, почему мы отказались от всех этих материнских комитетов, комитетов содействия и т. д. Это произошло потому, что они увязли в повседневных будничных делах, у них не было тем для работы, и они увядали. Ясно, что если от фабзавкома каждого предприятия, которое обслуживается яслями, консультацией, родильным домом и Домом Матери и Ребенка, послать хотя бы одного представителя в это общее совещание, то он уже многое даст этому совещанию и многое от него получит. Это одна из причин, почему мы перешли к работе с группой учреждений. Точно также не последним моментом в данном случае является то, что наши врачи должны руководить общественной работой в том учреждении, которым они заведуют, ибо, в самом деле, что это за врач, если он выпустит бразды руководства из своих рук, и общественной работой будет руководить другой человек. Между тем, у нас в Москве и в провинции найти такое количество врачей-общественников, которое нам нужно, очень трудно. Трудно найти просто специалистов, но если искать к этому еще и общественника, то это уже совсем трудно выполнимая задача. Между тем, найти два десятка врачей подобного рода для заведывания об'единениями, врачей крупных и с общественным уклоном — это уже более доступная задача. Мы это делаем, и эти врачи, руководя общественной работой, вместе с тем обучают врачебную массу, переваривая ее в этом общественном котле. Результаты получаются блестящие. Несколько недель тому назад я сделала доклад на секции Здравоохранения Моссовета. Там делегатки выступали и говорили, что «раньше мы врача таскали в общественную работу, а теперь врачи закрутили машину, так, что они в настоящее время нас подталкивают и втягивают в общественную работу». Это и есть результат годового опыта этих об'единений.

Теперь, как же практически у нас протекает эта работа? Мы знаем, как протекает диспансеризация взрослых. Может ли Москва охватить всю массу рабочих Москвы? Два года ведется уже диспансеризация взрослых и нами охвачено 120.000 рабочих и 283 предприятия, большее же количество осталось необследованным. Но дело в том, что у них нет достаточных сил в руках, а у нас же эти силы есть, и мы достигли в крупных центрах почти что поголовной диспансеризации младенческого возраста. Естественно, что мы от поголовной диспансеризации отказываться не будем. Мы углубим нашу работу по предприятиям, но общую работу мы поведем так же, как и прежде, именно по линии стремления захватить каждого новорожденного в круг зрения нашей консультации. Опыт Москвы показывает, что это вполне выполнимая задача при наличии теснейшей связи родильных домов с консультацией. Связь эта, помимо всего прочего, заключается также в педантичной рассылке открытых писем на каждого новорожденного ребенка в родильном доме, в консультацию районного жительства матери. В письме делается пометка врачем, если ребенок перенес какое-нибудь заболевание в родильном доме, о недоношенном, о малом весе и пр. В таких случаях делается пометка, что он нуждается в немедленном патронаже. Если ребенок нормален, то этой пометки не делается. Консультация, получив такое открытое письмо в первые же дни обследует ребенка с пометкой. По отношению здорового ребенка дожидается самостоятельного прихода матери в течение недели. Если мать не приходит, то посылается вызов или патронажная сестра. Педантичное проведение этой работы позволяет нам охватить почти 90% всех новорожденных, но мы не выделяли отдельные группы фабрично-заводского населения, и к этому нам нужно безусловно сейчас подойти, этого требуют обстоятельства и четкость нашей работы. Мы прихо-

дим к матери, видим, что она живет в плохих условиях. Эти условия сейчас же стараемся переменить; помогаем ей иногда материально. Но основы того, отчего ребенок бывает плох, мы не устраняем, потому что мы той профессиональной вредности, в силу которой эта работница плоха, не знаем; потому что мы не группировали работниц по профессиональным признакам. В настоящее время для этой группировки пришло время. Каким образом мы пойдем на предприятия и как нужно вообще к этому приступить?

Прежде, чем приступить к диспансеризации предприятия, надо, конечно, изучить его санитарное состояние. Это делается через санитарного врача, который детально обследует это предприятие и потом делает в Комиссии Оздоровления Труда и Быта доклад, или, что еще лучше, всех заинтересованных врачей ведет в экскурсию на это предприятие.

Если к диспансеризации этого предприятия предполагает приступить амбулатория, то мы обыкновенно входим с ней в соглашение и нам отбирают по списку всех беременных и грудных детей этого предприятия, выписывают адреса, и мы с этими готовыми адресами идем на обследование.

Естественно, одно взятие на учет беременных и грудных детей ничего бы не стоило. Естественно, что нужно в первую голову нуждающимся помочь всеми способами; в виде ли отправки детей в санатории, где таковые имеются, в виде ли определения их на летние площадки при консультации, помещение вне очереди в ясли и проч., словом, оказать им то или иное пособие.

Мы предполагаем, думая, что нашим примером заинтересуются и другие крупные центры, провести еще углубленное диспансерное наблюдение над некоторыми группами предприятий, особо вредных. В Москве существует институт по изучению профвредности имени т. Обуха, и вот мы с этим институтом выработали определенную систему обследования четырех групп особых вредностей, где углубленно будут обследоваться все беременные и грудные дети.

Так работает консультация в своей специальной области.

Как же она работает в области общественной и профилактической? Я уже вам сказала, что Комиссия Оздоровления Труда и Быта подразделяется на целый ряд подкомиссий: 1) Социальная Подкомиссия, которая занимается оказанием социальной помощи, она выражается в выдаче бесплатного молока (мы выдаем ежегодно до 25.000 ведер молока), в оказании денежной и материальной помощи, в оказании помощи натурой — выдачи кроватки, корыта, пеленок и т. д.

2) Комиссия по борьбе с подкидыванием — эту комиссию мы выделили. Настолько у нас важна эта работа, что мы не считаем возможным ее включить в соц. комиссию. Эта специальная Подкомиссия с большим количеством делегаток. Делегатки эти прикреплены обычно к родильным домам, через которые проходит у нас 85% городского населения. Они берут под свое наблюдение подозреваемых матерей по подкидыванию и обследуют их, а если нельзя обследовать, за отсутствием адреса, то следят за ними и впоследствии оказывают им помощь — или денежную, или путем помещения их в общежитие. У нас под наблюдением делегаток во всех районнах находится несколько сот, так сказать, «подозрительных» по подкидыванию матерей. Наблюдение за ними продолжается в течение нескольких месяцев. У нас бывали случаи, когда по прошествии 2 — 3 недель после родов, делегатка приходит к своей поднадзорной и находит ее уже без ребенка — в результате суд. Приводит ли эта борьба с подкидыванием к каким-нибудь результатам? Да, приводит. Как раз сегодня мы имеем рекордное число — 45 подкидываний, после того, как у нас бывало 100 и 200 в месяц.

3) Жилищная Подкомиссия специально занятая вопросами жилищного благоустройства матерей, путем обследования их жилищных условий, добычи

им через Жилищные Т-ва комнат и т. д., — это получило свое отражение в диаграммах и фигурирует там в качестве нашего достижения.

4) Наконец, Подкомиссия Санитарно-Просветительная — ее работа ясна и понятна и об'яснять ее сейчас не стоит.

Что касается членов Комиссии по Оздоровлению Труда и Быта, то, будучи распределены по этим подкомиссиям, они несут еще каждая у себя на предприятии или же дома, если она домашняя хозяйка или мелкая ремесленница, определенные обязанности по жилтовариществу. Идеи охраны материнства и младенчества мы должны претворять в жизнь на местах через существующие здравячейки. Эти здравячейки создаются или на предприятиях, или в домах коммуны. Что же должны делать члены этих здравячеек? Наши делегатки или член Комиссии, член Совета Районного или Московского? Все, в чем данный дом или предприятие нуждается по линии охраны материнства и младенчества, здравячейка отмечает себе и сообщает в свою Подкомиссию или Комиссию по Оздоровлению Труда и Быта, и там этот вопрос находит свое разрешение. Таким образом, члены здравячейки являются и информаторами, и инструкторами, своими, можно сказать, доморощенными представителями по охране материнства и младенчества. Эти здравячейки последнее время у нас очень бурно развиваются. Раньше все было взвалено на делегаток — к делегаткам шли и по детскому вопросу и по школьному вопросу, и в результате делегатка не знала, что ей делать. Сейчас в этом смысле ведется очень строгое разделение. Вот таким путем мы думаем достичь в нашей работе по охране материнства и младенчества самых низин нашей жизни и придать своей работе максимум плодотворности и четкости, о которой мы в последнее время сильно мечтаем.

Теперь несколько слов о деревне. Мой доклад о диспансеризации в городе, вызовет, вероятно, прения, и я надеюсь получить несколько указаний с мест от товарищей, которые, может быть, будут несогласны с методами проведения этой диспансеризации в городе. Но большинство, положа руку на сердце, скажут, что такая форма проведения диспансеризации доступна более или менее всем, не только крупным центрам, но вообще всем тем местам, где у нас имеются несколько развитых консультаций или хотя бы одна развитая консультация. Но возможно ли говорить о диспансеризации применительно к деревне, к деревенской работе? Я думаю, что возможно, тем более возможно для богатых крупных районов и участков.

Как я себе представляю работу по диспансеризации в области охраны материнства и младенчества на селе? Мы, конечно, должны опираться на низовые ячейки, а эти низовые ячейки, будь то родильные койки, или акушерская помощь, — они живут рука об руку с участком. Естественное дело, что мы не минуем в нашей профилактической работе участка. Я думаю, что мы должны этот участок использовать в своей выгоде. Год тому назад по вопросам диспансеризации в деревне Московской губ. у нас были профилактические деревенские совещания, где были выработаны методы проведения диспансеризации, как среди взрослого населения, так и среди грудного населения. За весь прошлый год и в течение этого года я имела громадное количество обращений ко мне со стороны участковых врачей Московской губ. И все эти участковые врачи заявляют, что в деле диспансеризации наиболее достижимой и наиболее доступной и осуществимой является диспансеризация грудного возраста. Здесь работа для них совершенно ясна, здесь есть какая-то база для этой работы, хотя бы в тех самых родильных отделениях, которые имеются; они с этой работой справятся, она ими мыслится в конкретных формах и совершенно возможной, в то время, как прочая диспансеризация еще чрезвычайно затруднительна при современном состоянии участков. И вот я говорю, что, если у нас появился уже такой поворот участкового врача к охране материнства и младенчества, то нам это, безусловно, нужно использовать. Нужно стремиться,

чтобы по всем амбулаторным участкам организовались пункты охраны материнства и младенчества. В состав их входят родильные отделения на 2—3 койки и одна сестра по охране материнства и младенчества. Вот тот первичный пункт в Московской губ., который начинает проведение работы охраны материнства и младенчества на селе. Пункт ведет учет всех беременных и родившихся. Сестра Охрматмлада, по возможности, патронирует всех грудных детей до 9 мес., находящихся на территории данного участка. Она обучает мать правильному уходу. В случае неправильного развития ребенка, направляет его в ближайшую консультацию.

Консультация должна быть развернута при всех районных лечебницах.

Естественное дело, что план этот в широкой мере по нашей Московской губ. развить пока не удалось, но мы на пути осуществления этого плана, и я уверена, что второе профилактическое совещание, которое будет через два месяца, покажет, что этот план правильный, и что им охвачена, если не вся Московская губерния, то, по крайней мере, значительная часть и то, что охвачено — охвачено полно. Какая общественная работа должна протекать вокруг этих учреждений? Здесь разные формы работы, и первой, конечно, будет комиссия содействия при волисполкомах, или как у нас существуют при волостных профилактических советах.

Это необходимая принадлежность деревенской работы, т. к. это есть вовлечение крестьянской общественности в эту работу.

Понятно, то, что я вам изложила здесь, это пригодно для крупных центров, и говорить о диспансеризации тех областей, где только 2% обслуживаются родильными койками, — нельзя. Там нужно опираться исключительно только на акушерку и по возможности ее переквалифицировать и через нее проводить наши идеи, вплоть до лучших времен.

Резолюция по докладу.

1. Учитывая, что направление работы по охране материнства и младенчества с самого ее возникновения было профилактическим и методы работы диспансерными, 3-е Всесоюзное Совещание считает, что при реорганизации всех областей здравоохранения, согласно принципам диспансеризации, Отделу Охраны Материнства и Младенчества предстоит лишь уточнить, углубить и расширить свою работу, не меняя ее направления.

2. 3-е Всесоюзное Совещание считает своевременным приступить к полной диспансеризации в области охраны материнства и младенчества лишь в тех городах, где приступлено к диспансеризации в других областях здравоохранения, т. к. здесь необходима полная увязка.

3. Принимая во внимание, что для проведения диспансеризации необходимо наличие развитой сети учреждений охраны материнства и младенчества с квалифицированным медперсоналом, к диспансеризации возможно приступить лишь в тех местах, где вышеуказанные условия имеются.

4. В целях планомерного проведения диспансеризации и согласованности в этой работе всех учреждений охраны материнства и младенчества, Совещание признает целесообразным об'единение учреждений на определенной территории вокруг центральной консультации данного района.

5. Признавая, что необходимым элементом диспансеризации является организованное участие рабочих и крестьянских масс во всей постановке дела охраны материнства и младенчества, Совещание считает необходимым широкое привлечение членов городских, районных и сельских советов, делегаток и других представителей общественных организаций к работе консультации.

Формой этого вовлечения является Комиссия Оздоровления Труда и Быта при консультационном об'единении. Совет Социальной Помощи входит в К. О. Т. и Б. со всеми своими функциями.

Там, где отсутствует возможность приступить к полной диспансеризации, связанной с учетом, обследованием и обслуживанием всего детского населения нашей группы, матерей и беременных, формой общественной работы остается Совет Социальной Помощи.

6. Проведение диспансеризации в сельских местностях значительно затрудняется как отсутствием соответствующих учреждений по охране материнства и младенчества, так и вообще слабо развитой сетью других областей здравоохранения. Но диспансерный метод работы в деревне остается тот же, что в городе, и должен выразиться в широкой организации патронажной работы.

О социальной помощи матерям на Украине.

Триполова.

Идеи охрматмлада, глубоко проникшие в широкие пролетарские массы, неотступно требуют все большего и большего охвата масс практическим обслуживанием. Если мы посмотрим, можем ли мы сейчас на все 100% обслуживать все потребности нашего контингента матерей с детьми, можем ли мы сейчас удовлетворить нужды не только застрахованных, но и целого ряда женщин, которые не имеют права получать соцстрахование, то увидим, что даже места с развитыми бюджетами не в состоянии оказывать им полную помощь ни за счет государства, ни из средств местного бюджета.

В связи с огромными задачами, стоящими перед нашей республикой, поднятием нашей промышленности, восстановлением сельского хозяйства, всеобщим обучением и т. д. и т. д., еще и теперь не может охрматмлад выделить такого количества средств, которое дало бы нам возможность охватить своей работой всех в них нуждающихся. У нас на Украине сейчас очень остро стоит вопрос о сохранении женщин-работниц в производстве, в связи с тем, что сейчас наша сеть не может еще удовлетворить и обслужить всех детей работниц, занятых в производстве. Поэтому мы должны все свое внимание сосредоточить на обслуживание ее ребенка, чтобы этим помочь ей удержаться на работе. А надо еще иметь в виду огромную часть женщин-матерей, нигде не работающих и не застрахованных, ведь и они также нуждаются в помощи. У нас имеется много безработных женщин, жен красноармейцев, и батрачек, которые в тяжелые для них минуты не могут получить хотя бы самой минимальной помощи. Мы не можем ждать, пока наш бюджет настолько окрепнет, что сможет выделить нам достаточную сумму денег, которая могла бы удовлетворить полностью все потребности по обслуживанию трудящейся матери и ее ребенка, а должны изыскивать новые, может быть, временные формы помощи этому контингенту матерей с детьми, которые не имеют возможности получить помощь от государства в данный момент. У нас на Украине мы встали на путь привлечения к этому вопросу широких пролетарских и крестьянских масс в деле создания возможности оказания помощи тем кадрам матерей, о которых я только что говорила. Мы стали на путь организации советов социальной помощи. Эта работа проводится по следующему принципу. Во главе района стоит консультация, к которой прикрепляются все учреждения, находящиеся в данном районе. Эта районная консультация имеет при себе Совет Социальной Помощи, с целым рядом мелких ячеек. В организации ССП большое участие приняли Женотделы и Горсоветы. В настоящее время мы имеем при каждой районной консультации такие Советы Социальной Помощи, которые составляются из всех врачей консультации, всех врачей яслей, представителей Горсовета, Отдела Охраны Мат. и Млад., делегаток Женотдела, представителя ячейки

«Друзья детей» и представителей крупных предприятий данного района. В центральный городской совет мы привлекли представителей кооперации, комитет биржи труда, женотдела, комсомола, исполбюро, «Друзей детей» и т. д. Задачей того городского совета является не только об'единение работы всех районных Советов Социальной Помощи, но также изыскание материальной базы для того, чтобы обеспечить хотя бы минимальное удовлетворение потребностей, которые ставятся перед ними.

С самого начала у нас не было абсолютно никаких средств. И вот перед организацией Совета Социальной Помощи мы приступили к устройству различного рода концертов, спектаклей, бесед, платных сансудов, часть средств нами была получена в «неделю помощи матери-пролетарки», которая прошла у нас довольно успешно. Затем мы заключили договор с нашей кооперацией о выдаче по определенной цене пайков для нуждающихся застрахованных матерей. Мы добились натурализации пособия, и каждая застрахованная женщина, обращающаяся в нашу консультацию, имела возможность получать в течение 9 мес. определенный набор либо продуктов, либо приданого для ребенка. Это создало целый ряд недоразумений по отношению к нуждающимся матерям незастрахованным; мы поставили перед собой задачу на средства, которые у нас были, организовать через кооперацию выдачу пайков, которые хотя бы немного соответствовали тому набору, которые выдавались нашим матерям или беременным женщинам, застрахованным. Аналогичная работа проводилась по всей Украине, согласно инструкции о Советах Социальной Помощи, разработанной нашим Всеукраинским с'ездом. Одновременно началась работа во всех наших крупных центрах.

Когда мы уже немного окрепли, когда мы привлекли на нашу сторону внимание широких пролетарских масс, нам стало казаться, что эта помощь в виде пайков, которую мы выдавали, недостаточна. Так как матери в настоящее время больше нуждаются в белье,кроватке и т. п., поэтому мы пошли по линии оказания самой разнообразной помощи, необходимой этим матерям. В начале все это было централизовано в городском Совете Социальной Помощи. Далее, учитывая, что это не всегда удовлетворяет тем запросам, которые имеются со стороны наших районных Советов Социальной Помощи, мы решили, что эти средства должны распределяться районными Советами Социальной Помощи.

Когда мы наши небольшие суммы распределили между районными советами, мы тем самым дали им огромный стимул для дальнейшей работы, которая действительно ожила. Не было ни одного крупного предприятия, находящегося в данном районе, которое не было бы вовлечено в работу Советов Социальной Помощи. Были использованы средства Об-ва «Друзей Детей»; устраивались различные лотереи, концерты, спектакли и т. д. Все это давало материальную базу, и работа пошла гораздо шире. Не имея ни копейки денег от местного и государственного бюджета, мы тем не менее обслужили 20.000 матерей и 12.500 детей, истратив на это в общей сложности около 100.000 рублей. Вокруг Советов Социальной Помощи начинает вырастать актив, который был создан из делегаток Женотдела. К каждому Совету Социальной Помощи были прикреплены делегатки Женотдела, которые ходили в первое время с нашими патронажными сестрами, при чем они проводили обследовательскую работу. Когда эти делегатки ходили на дом к той или иной матери, то матери откровенно к ним подходили и высказывали все то, что у них наболело на душе. Часто эти обследовательницы приносили чрезвычайно ценные материалы, которыми пользовались не только мы, но и Женотдел. Наша работа в этом направлении не ограничилась городом, мы перекинули ее и на село. И там мы приступили к организации Советов Социальной Помощи при тех консультациях, которые у нас имелись. Весь сельский актив сгруппирован теперь вокруг консультаций и помогает

в работе Советам Социальной Помощи, как по оказанию помощи матери и ребенку, так и в летнее время, помогая в деле организации летних деревенских ясель.

Некоторые организации, как например, П/Отдел Рабочей Медицины, пытались об'единить Советы Социальной Помощи диспансеров с советами при консультациях. Мы у себя категорически против этого протестовали, указывая, что наши советы по специфичности своей работы должны быть разделены. Мы не отрицаем необходимости увязки в работе этих советов. Представитель нашего Совета Социальной Помощи должен входить в Совет Социальной Помощи при диспансере и обратно, но ни в коем случае не должно произойти слияние этих советов. Должна сказать, что мы не даром опасались слияния советов. У нас были такие отдельные случаи, когда об'единялись Советы Социальной Помощи консультаций и Совет Социальной Помощи диспансеров. И вот, те средства, о которых я говорила, шли в таких случаях на оказание помощи взрослому населению и меньше всего на оказание помощи нашим матерям и детям. Сейчас у нас Советы Социальной Помощи существуют раздельно, и мы только обмениваемся нашими представителями.

Наши Советы Социальной Помощи не только оказывают фактическую помощь путем выдачи того или иного предмета, но они также являются первым помощником, первым связующим звеном нашей консультации в ее культпросветработе с предприятиями, домами-коммунами, клубами и т. д. Нужно сказать, что, развивая нашу работу, мы до некоторой степени успели вовлечь в работу Советов Социальной Помощи представителей от домов-коммун, клубов и от общежитий, которые находятся в том или ином районе.

Наша культпросветная работа вышла за стены консультации, благодаря тому, что Советы Социальной Помощи являлись первыми толчками, первыми проводниками этой культурно-просветительной, санитарно-просветительной работы на предприятиях, по клубам и домам-коммунам. Советы Социальной Помощи в настоящее время пошли по линии оказания трудовой помощи. Для этого они устанавливают тесную связь с комитетами биржи труда. За последнее время, благодаря этому, нам удалось не один десяток матерей устроить на работу.

Советы Социальной Помощи имеют также тесную связь с жилищной комиссией и до настоящего времени не малому количеству матерей и беременных женщин уже удалось получить квартиру заботами Советов Социальной Помощи.

У нас некоторые советы, как Кременчугский, Харьковский, Полтавский и еще целый ряд других, приступили к организации трудовых артелей, они организуют пошивочные мастерские, переплетные, коробочные и т. д. Они связываются тесно с кооперацией, и кооперация им дает на первое время заказы на такую работу, которая не требует особой квалификации.

Теперь наши Советы Социальной Помощи занимаются разработкой вопроса организации домов «матери-пролетарки». Эти дома создаются по типу общежитий коммун, которые имеются в Ленинграде. Безработная мать с ребенком на руках, которой некуда деться, или беременная женщина, оставленная мужем, должна найти себе временное убежище и помощь в этом учреждении.

Советы Социальной Помощи на селе стали на путь выделения определенной суммы денег, правда, небольшой, для следующих целей. Крестьянка после родов встает на второй или третий день и принимается за работу по хозяйству, только потому, что кроме нее эту работу абсолютно некому сделать. Советы Социальной Помощи на свои средства приглашают заместительниц. Они берут крестьянку, которая может пойти на 1—2 недели вести работу по хозяйству, и за это ей платят определенную сумму денег. Это даст нам возможность, если мы пойдем по пути развития этой формы ока-

зания помощи, вытеснить бабок, так как бабка обычно не только принимает ребенка, но также много делает в смысле оказания данной семье помощи и по хозяйству. Я считаю, что это путь совершенно правильный, что это гораздо более важный вид помощи, чем если мы крестьянке выделим манной крупы, сахару, или пеленки.

Для каждого становится ясным, что только твердая материальная база даст возможность Совету Социальной Помощи развернуть широко свою работу, необходимы твердые сметные ассигнования из местного бюджета на эти цели. И в этом отношении мы имеем уже определенные успехи. Так по г. Харькову из местного бюджета выделен 12-ти тысячный фонд для Советов Социальной Помощи. Кроме того, мы имеем по сельским консультациям при каждой консультации от 400 до 600 руб., фонды исключительно для работы Советов Социальной Помощи. Кроме того, по городам имеются выделенные П/Отделами Рабочей Медицины из фонда «Г» суммы для Советов Социальной Помощи. Мы настаиваем, чтобы 25% этих сумм были переданы нашим районным консультациям, и тогда они будут иметь возможность в значительной мере расширить свою работу.

Вот в общих чертах работа Советов Социальной Помощи, созданных за последний год на Украине. Теперь, когда мы в своем плане ставим диспансерные методы работы, нам необходимо увязать работу, проводимую в области диспансеризации в том или ином районе, с работой Советов Социальной Помощи.

Резолюция по докладу.

1. С'езд признает, что наилучшей организационной формой самодеятельности трудящихся в области Охрматмлада являются Советы Социальной Помощи, организуемые при городских консультациях. В деревне работу ССП выполняют комиссии по охране материнства и младенчества при волрайисполкомах и сельсоветах.

2. Учитывая, что работа Советов Социальной Помощи может быть плодотворной лишь при наличии твердой материальной базы, с'езд считает необходимым плановое ассигнование средств в фонд Советов Социальной Помощи, как по местному, так и по государственному бюджету.

3. Учитывая разнообразие функций и сложность работы Советов Социальной Помощи при консультациях, с'езд считает необходимым самостоятельное их существование, не допуская слияния Советов Социальной Помощи при консультациях с аналогичными организациями при туб' и вендиспансерах, хотя следует добиваться тесной увязки их работы.

4. С'езд признает наилучшей формой социальной помощи организацию трудовых общежитий для матерей с грудными детьми с мастерскими при них, имеющих своей задачей борьбу с подкидыванием и обучение мастерству неквалифицированных матерей-пролетарок.

Опыт отдачи детей на патронат в гор. Москве.

Д-р В. А. Павловский.

Сравнительно большая смертность в домах младенца, доходящая до 21,7%, госпитализм в закрытых учреждениях, перегруженность их и невозможность открывать все новые и новые дома, а также дороговизна их привели к мысли о патронате, то есть отдаче детей на воспитание в семьи. Эта мысль долгое время не могла быть осуществлена из-за соображений идеологического характера, так как, конечно, по существу патронат противоречит идее социалистического, коллективного воспитания и с этой точки зрения является нежелательным. Кроме того, печальный опыт бывших воспитательных домов отпугивал от этого мероприятия. Смертность «шпитальников» была колоссальна, а некоторые годы число отданных в деревню детей и умерших там было равно.

Учитывая все это, работники Охрматмлада решили все же добиваться разрешения отдачи детей в патронат, как временной меры, полагая, что пока нами не изжиты те недочеты домов младенца, о которых я говорил выше, патронат при известных условиях может принести значительную пользу. Патронат тем более допустим, что при дальнейшем развитии производительных сил страны он сам сойдет на нет, так как будет достаточный денежный фонд для борьбы с подкидыванием, который даст возможность матерям самим вскармливать своих детей, и число обитателей домов младенца уменьшится.

Уже сейчас в виду оказания пособия матерям-одиночкам, количество покинутых детей в Москве уменьшается, что явствует из доклада Ольги Павловны Ногиной. Небольшая помощь матери дает ей возможность вскармливать ребенка лучше, чем в наших домах младенца, примером чего могут служить общежития беспризорных матерей в Хамовническом и Красно-Пресненском районах: несмотря на плохие жилищно-санитарные условия этих общежитий, % смертности детей в них невелик.

В начале 1924 года Президиум Моссовета разрешил в виде опыта отдать на патронат 200 детей сроком на два года. В ближайшие шесть месяцев выяснились хорошие результаты, и после соответствующего доклада о патронате заведующей Охрматмлад. Ольги Петровны Ногиной, в президиуме было разрешено не ограничиваться этим количеством и сроком.

В марте 1924 года Охрматмлад приступил к осуществлению патроната: прежде всего, была проведена агитация среди делегаток-работниц, вывешены во всех консультациях об'явления о выдаче детей из домов младенца на воспитание за плату, и были помещены заметки в периодической печати об этом начинании. После этого очень скоро стали поступать в большом ко-

личестве в Охрматмлад заявления о желании взять на воспитание ребенка. При Отделе была организована комиссия, состоящая из представителя Отдела, представителя секции Здравоохранения и технического секретаря, которая очень тщательно выбирала, кому давать детей, руководствуясь данными обследования; из 1.260 женщин, подавших заявления, детей получили только 415. Доказательством того, что приемные матери были отобраны правильно, служит то, что только два раза ребенка пришлось отобрать обратно.

Выдача детей в патронат в Москве производится следующим образом:

Все женщины, подавшие заявления, обследуются с социально-санитарной стороны: обследуется их жилище, состав семьи, социальное положение, и приемная мать специально исследуется на туберкулез и венерические заболевания, и тем, кому решено выдать ребенка, делается кроме того, и реакция Вассермана. Дети выдаются, преимущественно, в бездетные и малосемейные семьи рабочих и служащих, учитывая при этом и возраст женщины, берущей ребенка. Ни в коем случае не выдаются дети многосемейным, необеспеченным, совсем безработным и одиночкам без определенных занятий.

Каждой женщине обычно выдается по одному ребенку и только в виде исключения три раза было выдано по два ребенка.

Выдаваемые дети должны удовлетворять следующим условиям, как было постановлено на собрании врачей: ребенок должен быть старше трех месяцев и находиться под наблюдением дома не менее шести недель; ребенок должен иметь отрицательную реакцию Вассермана и итти в весе на обыкновенных смесях. В последнее время решено в виде опыта отдавать детей также в деревни, но только туда, где есть хорошо поставленные консультации с патронажем для наблюдения за ними. Для деревни отбираются дети более взрослые и устойчивые.

От Отдела приемная мать получает при выдаче ребенка кроватку, корыто, одеяло, белье и одежду для ребенка — всего стоимостью 42 рубля, а когда он подростает, еще штанишки, платье, шубку и валенки, стоимостью 8 руб., итого инвентарь ребенка стоит 50 рублей, а плата матери ежемесячно в Москве—25 руб., а в деревне—20 руб. (в начале плата матери в Москве была 30 рублей). Таким образом, первый месяц ребенок стоит в патронате 75 руб., т.-е. почти столько, сколько в домах младенца, но за то все последующие месяцы почти в три раза дешевле; или же, если рассрочить стоимость инвентаря на 25 месяцев, то получается ежемесячный расход на ребенка следующий: 25 р. плата матери, 2 руб. стоимость инвентаря и 1—2 р. стоимость консультаций на одного ребенка в месяц — итого 29 руб. в Москве и 24 руб. в деревне. В Москве, кроме того, патронатным детям выдается бесплатно из консультаций молоко, каши и кисели, стоимостью в месяц около 8 рублей, на что имеется специальный фонд.

В случае смерти ребенка, инвентарь возвращается п/отделу, в большинстве же случаев приемным матерям выдавали нового ребенка.

Выданные дети прикрепляются к консультации, ближайшей к месту жительства приемной матери, которая обязана посещать консультацию с ребенком еженедельно.

На дому детей навещает патронажная сестра, сначала раз в неделю, потом два раза в месяц, если ребенок здоров, если же болен, то по мере надобности по назначению врача. Врач также посещает их для ознакомления с уходом за ребенком, с бытом семьи, его принявшей; в случае неудовлетворительных условий, врач доводит до сведения п/отдела для из'ятия ребенка.

Кроме того, врач посещает детей во время инфекционных заболеваний, не требующих отправки в больницу, как например, ветрянка, свинка,

коклюш и корь. Для тяжело-больных имеются забронированные места в грудном отделении больницы имени Филатова и в больнице при доме грудного ребенка.

Кроме врачей и патронажных сестер за детьми ведут наблюдение и делегатки п/секции Охрматмлада, прикрепленные к об'единениям при консультациях (комиссии по улучшению труда и быта).

Материалом для настоящего доклада послужили мои личные наблюдения над 70-ю детьми, прикрепленными к 7-й консультации, 165 подробных историй развития ребенка, присланных от других консультаций г. Москвы, и отчеты о патронатных детях, присылаемые в центр.

По социальному составу приемные матери все были жены рабочих и служащих; в нашем опыте была только одна жена кустаря, да и у той в виду антисанитарной обстановки ребенок был отобран.

Неграмотных матерей — 52%. Жилища всех можно считать, сравнительно, удовлетворительными, в большинстве случаев на ребенка приходится 10—16 кв. аршин; почти во всех квартирах (99%) имеются форточки. Общая обстановка в смысле чистоты у всех удовлетворительная.

За двадцать месяцев с марта 1924 года по ноябрь 1925 г. — п/отделом выдано 415 детей.

Пребывание детей в патронате выразилось в сумме — 101.536 дней-детей. Среднее число детей в день — 167. Средн. число дней пребывания в патронате — 245.

За это время 22 ребенка были возвращены в дома младенца; из них два отобраны у приемных матерей из-за небрежного к ним отношения и грязи в квартирах, и двадцать возвращены самими приемными матерьми вследствие изменившихся их семейных обстоятельств.

По возрастам выданные дети распределялись в процентном отношении следующим образом:

от 3 до 6 месяцев	19%
„ 6 „ 9 „	34%
„ 9 „ 12 „	27%
старше 1 года	20%

Теперь посмотрим, какими дети поступали из домов младенца: во-первых, 93% детей были с пониженным весом, максимальная недостача веса — 49%, средняя недостача веса — 17%.

у 6-ти месячных	27%
„ 8-ми „	24%
„ 9-ти „	19%
„ годовалых и старше	8%
средняя недостача	21%
средняя недостача во всех возрастах	17%

Если сравнить кривые веса этих детей с нормальной кривой Марфана, то увидим, что получается расхождение кривых — получаются ножницы, и чем моложе поступавшие в патронат дети, тем расхождение сильнее.

Во-вторых, внешним видом дети резко отличались от обычных детей консультации: все они были более апатичными, кожа бледная, тургор вялый, конус мышц понижен, статистические функции резко отставшие: дети, например, 8-ми, 9-ти и даже 10-ти месяцев еще не сидели. Речь также отставшая: годовалые не начинали говорить или говорили одно-два слова.

Размеры детей были тоже меньше нормы:

длина при поступлении в среднем	на 1,44 с/м.
окружность груди „ „	„ 2,4 „
окружность головы „ „	„ 1,5 „

Уход за детьми в патронате по моим наблюдениям, наблюдениям других врачей и патронажным листам следует признать вполне удовлетворительным. Всеми отмечается не только внимательное отношение приемных матерей, но и любовь к детям, аккуратное выполнение предписаний врача, чистота и порядок в квартирах. Многие приемные матери высказывают желание усыновить ребенка по окончании срока патроната. Как было выше указано, только в двух случаях было обнаружено небрежное отношение к ребенку и грязь в квартирах, вследствие чего дети у этих женщин были отобраны.

Патронатные дети получали обычные смеси плюс Черни в младшем возрасте, цельное молоко, каши, кисели, овощи, фрукты в среднем возрасте, а на втором году и мясо.

Из болезней следует отметить большое число пневмоний, на 370 гриппов было 70 гриппозных пневмоний, т.-е. 18,9%, и на 32 кори 16 бронхопневмоний, т.-е. 50%. Наоборот, желудочно-кишечные заболевания, несмотря на 186 гипотрофиков, дали только 18 колитов и 12 интоксикаций; принимая во внимание, что в Москве лета 1924 и 25 года были тяжелыми по кишечным заболеваниям у детей, можно считать указанное число заболеваний ничтожным.

Рахита было 271 случай, из них рахит первой степени — 201, второй — 70. Туберкулез клинически выраженный, подтвержденный в одних случаях реакций Пирке, а в других результатами вскрытия, отмечен у 17 детей. Где его дети получили, остается невыясненным, так как в историях развития не указано, появилась ли у них реакция Пирке в патронате, или были уже в домах младенца.

Всего заболеваний приходится на одного ребенка — 4.

Смертность в патронате: на 415 детей умерло 32; вычисляя % смертности обычным способом, получаем 7,7%. Если же % смертности вычислять от 101.536 дней-детей, получается 11,5%.

На 101.536 дн. дт. умерло 32
» 100 дет. × 365 » ×

$$\times = \frac{100 \cdot 365 \cdot 32}{101.536} = 11{,}5\%$$

Смертность детей по возрастам и болезням распределялась так:

Возраст.	3—6 мес.	6—9 мес.	9—12 мес.	1—1½ г.	1½—2 г.	Всего.	%
Скарлатина	—	—	1	—	—	1	3 1/8
Гнойный менинг.	—	—	—	—	1	1	3 1/8
Колит	—	—	1	—	—	1	3 1/8
Интоксикация	2	1	—	—	—	3	9 3/8
Крупозная пневмония	—	1	2	2	1	6	18 6/8
Гриппозная »	—	2	1	2	1	6	18 6/8
Бронхопневм. после кори	—	2	2	4	2	10	31 2/8
Туберкулезная пневмония	—	—	1	2	1	4	12 4/8
Итого	2	6	8	10	6	32	—

Смертность от пневмоний — 26, что составляет 81% всех смертей; трое умерло от интоксикации — 9% и по одному от скарлатины, колита и гнойного менингита.

На первом месяце пребывания в патронате умерло 5 детей.

На	1	месяце	пребывания	в	патронате	умерло	5 детей.
»	2	»	»	»	»	»	3 »
»	4	»	»	»	»	»	4 »
»	5	»	»	»	»	»	3 »
»	6	»	»	»	»	»	4 »
»	7	»	»	»	»	»	3 »
»	8	»	»	»	»	»	3 »
»	10	»	»	»	»	»	3 »
»	11	»	»	»	»	»	2 »
»	12	»	»	»	»	»	1 »
»	14	»	»	»	»	»	1 »
							32

Чем дольше был ребенок в патронате, тем реже случаи смертности.

Результаты патронирования: во-первых, прежде всего, и очень быстро — уже через две-три недели, появлялись статистические функции: ребенок начинал сидеть, стоять, приподниматься сообразно возрасту. Во-вторых, прогрессировала психика: ребенок начинал реагировать на окружающее; в возрасте восьми-девяти месяцев дети начинали говорить первые слова. В-третьих, улучшался цвет кожи, тургор делался крепче, тонус мышц лучше. Наконец, самый об'ективный признак — вес почти у всех круто поднимался кверху, так что к концу первого года жизни у некоторых перешел за пределы нормы, а в среднем подошел к норме: средний вес годовалых детей получился 8.900 грамм (1%). Таким образом, ножницы удалось сжать.

Только у некоторых детей кривая веса дала расхождение под влиянием какого-либо острого болезненного процесса (затяжн. колит, пневмония, пиэлит), и у некоторых очень отлого поднималась кверху (туберкулез).

Посмотрим кривые веса некоторых детей:

Дети хорошо идущие.

1) Ребенок поступил в возрасте 5½ месяцев с весом 4160,0 (—40%), 12-ти месяцев весит 9090,0, то-есть прибавка за шесть месяцев с половиной 4930,0, а в среднем 760,0 в месяц.

2) Ребенок 8-ми мес. поступил с весом 5750,0 (—29%), в возрасте 12-ти мес. имеет вес 9700,0; прибавка за четыре месяца 3950,0, а в среднем 987,0.

3) *Средняя прибавка:* ребенок поступил семи месяцев с весом 6400,0 (—11½%), 11-ти месяцев весит 8500,0; прибавка за четыре месяца 2100,0, в среднем 525,0.

4) *Самая плохая прибавка:* ребенок девяти месяцев с весом 7350,0 (11½%), в возрасте 11-ти месяцев весит 7550,0; прибавка за два месяца 200,0, в среднем 100,0; болел пневмонией в патронате только два месяца.

Высчитывая среднюю месячную прибавку у каждого ребенка и выводя среднюю для всех, получаем 520 в месяц, то-есть больше нормы, так как нормальная прибавка для детей старше трех месяцев до года по Марфану равняется в среднем 420,0 в месяц.

Размеры детей к концу наблюдений также улучшались:

Средний	рост (длина)	вместо	— 1,44 с/м.	= — 0,5	с/м.
»	окружн. груди	»	— 2,4 »	= + 0,72	»
»	» головы	»	— 1,5 »	= — 1,0	»

Конечно, костные изменения за короткий срок не могли притти к норме.

Итак, большинство патронатных детей вначале резко отличавшихся от обычных детей консультации под конец наблюдения сравнялись с ними. Результаты оказались положительными, и, повидимому, дети в патронате развивались лучше, чем в домах младенца. Быстрое улучшение патронатных детей заставляет подумать о факторе, так благотворно действующем в патронате, или о каком-либо минусе в домах младенца.

Неудовлетворительное развитие детей в домах младенца обыкновенно приписывают госпитализму, сущность которого различными авторитетами определяется различно: одни считают инфекцию (Финкельштейн), другие недостаточный уход (Пфаундлер), третьи отсутствие материнской любви (Медовиков), четвертые — недокорм (Гамбургер), пятые — авитаминоз и т. д. Дурново считает причиной госпитализма одностороннее гигиеническое воспитание ребенка. Ко всему надо прибавить, что общение ребенка с матерью улучшает функционирование и способствует его развитию. В домах младенца он этого общения лишен совсем, в патронате же он получает суррогат матери и иногда очень хороший. Вот почему, быть может, мы получили в обыкновенных рабочих семьях результаты не худшие, чем в хорошо поставленных Домах Младенца Охраны Материнства и Младенчества. Преимущества открытого попечения перед закрытым отмечены и профессором Пфаундлером на 7-м с'езде охраны детей в Мюнхене в марте сего 1925 года.

Таким образом, наш опыт дает нам право признать патронат вполне возможным и допустимым при условии тщательного контроля со стороны правильно устроенных консультаций с санитарно-просветительным патронажем.

III Всесоюзный С'езд педиатров в Ленинграде, согласился с нашим выводом и в своей резолюции, касающейся доклада о патронате, выразился: «опыт Москвы и Одессы по патронату грудных детей является оправдавшим себя и пригодным для практического проведения на местах при условии наличия консультаций с санитарно-просветительным патронажем».

Для улучшения патроната считают необходимым:

1) исследовать на туберкулез и люэс не только приемную мать, но и ее семью во избежание заражения,

2) давать приемным матерям достаточную плату, дабы иметь возможность выбора из многих женщин наиболее подходящих.

В заключение нужно подчеркнуть, что патронат, конечно, не может совершенно заменить домов младенца, которые необходимы для самых маленьких детей и для больных, при чем эти дома должны быть обставлены еще лучше, чем в настоящее время.

Резолюция по докладу.

3-е Всесоюзное Совещание по Охране Материнства и Младенчества, заслушав доклад о патронате, признает организацию патроната (отдача детей на воспитание за плату) целесообразной и своевременной при соблюдении следующих условий:

1. Организация патроната возможна только в тех местностях, где имеются консультации с патронажными сестрами и где есть возможность вести тщательное наблюдение за развитием ребенка и за содержанием его в семье.

2. Тщательное обследование семей, куда отдается ребенок в отношении заболеваний (сифилис, туберкулез, гоноррея), а также в отношении социально-гигиеническом.

3. Возраст детей, отдаваемых на патронат, должен быть не менее 3-х месяцев. В отдельных случаях возможна отдача в патронат детей и моложе этого возраста, целиком на грудное вскармливание.

Если дети отдаются на искусственное вскармливание, возраст должен быть не менее 6 мес.

4. Дети, отдаваемые в патронат, должны предварительно известный период быть под наблюдением в доме младенца для выяснения состояния здоровья ребенка и проведения реакции Вассермана.

5. В виду слабой сети консультаций в деревне, временно от деревенского патроната воздержаться.

6. Плата за содержание ребенка может колебаться от 15 — 30 руб. в месяц, в зависимости от местных условий.

О взаимном страховании материнства.

П. П. Боголепов.

Работа по охране материнства и младенчества ведется в четырех направлениях: организация медицинских учреждений, культурно-просветительная работа, законодательная охрана труда женщин и особенно беременных и кормящих матерей и страхование материнства.

С октября дело охраны материнства и младенчества, признанное одной из важнейших государственных задач, встало на прочную почву.

Страна покрылась широкой сетью учреждений: консультаций, яслей, домов матери и ребенка, домов младенца, тысячи летних яслей организовываются в деревнях, число сельских консультаций все увеличивается. Культурно-просветительная работа глубоко проникла в массы; выпущены миллионы популярных книг и плакатов, трактующих вопросы охраны материнства и младенчества, каковые имеются в каждой избе-читальне, организованы повсеместно беседы, лекции, собеседования. Труд женщин охраняется целым рядом статей Кодекса Законов о Труде, целым рядом постановлений, циркуляров ведомств, представляющих в общем стройную систему защиты прав женщин. Законодательство РСФСР, охраняющее права женщин и матерей, не имеет равного между законодательствами буржуазных стран.

Чем же об'ясняется то явление, что, несмотря на прекрасное законодательство и учреждения, у нас все же очень велик процент детской смертности, все еще существует подкидывание детей, дающее такой большой процент детской смертности.

Основной причиной детской смертности является необеспеченность матерей, особенно в последнее время до родов и в период кормления ребенка. Плохие материальные условия матери, плохое питание ее до родов гибельно отражаются на здоровье ребенка, плохое же питание матери в период кормления смертельно для него.

Материальная необеспеченность толкает матерей и на подкидывание, а за подкидыванием идет смерть, тогда как маленькая помощь женщине в трудный момент дает возможность привыкнуть к ребенку, и матери, подкидывающие детей после 3-х месяцев, являются исключением.

Эту задачу и выполняет страхование материнства. Без широко развитого страхования материнства работа по охране материнства и младенчества невозможна, она не достигнет необходимых результатов.

Государственное страхование материнства в РСФСР с октября сразу шагнуло вперед. У нас страхуются не только рабочие, но и жены рабочих; период отпуска по беременности определен в 8 недель до родов и 8 недель после родов, в этот же период за работницами сохраняется полностью весь заработок, кроме того, выдаются пособия на предметы ухода и на кормление.

Страхование материнства в РСФСР опередило все буржуазные страны, которые отстали и в смысле длительности отпуска по беременности, и в смысле размера сохраняемого заработка, который в лучших странах выражается в $^2/_3$ действительного заработка, и в том, что далеко не во всех странах страхованием охватываются и жены трудящихся.

Но достаточны ли мероприятия, проводимые в целях страхования материнства по РСФСР для достижения задач охраны материнства и младенчества, мы можем видеть из следующего.

Государственное страхование у нас, обеспечивая работниц и жен рабочих, охватывает, в действительности, только 10—12% женского населения. Остальная масса: крестьянки, учащиеся, жены красноармейцев, одиночки, б. домашние хозяйки, большая часть домашней прислуги, батрачек, жены кустарей страхованием не охватываются. Этот пробел и оказывает влияние на работу по охране материнства и младенчества, этим и об'ясняется большой процент детской смертности, достигающий 20%, и все еще существующее подкидывание детей, которое дает 40—60% смертности всех подкидышей.

Государство, конечно, не считает законодательство о страховании законченным, но, ослабленное экономически гражданскими войнами, голодом, эпидемиями, в ближайшее время оно не может дать большего для страхования материнства, почему своевременно привлечь к делу страхования материнства самодеятельность женских масс, каковая восполняла бы мероприятия государства и заполнила бы пробел, имеющийся в деле страхования материнства. Одной из форм самодеятельности в этой области являются кассы взаимопомощи матерей.

В буржуазных странах государственное страхование материнства проведено очень слабо. В самых наилучших женщины освобождаются от работ по беременности и родам на 4 до и 6 недель после родов, заработок за это время сохраняется, опять-таки, в наилучших странах, в размере $^2/_3$; как правило, в большинстве стран страхованием пользуются только работницы, и не во многих и жены рабочих. Вполне естественно, что недостаток государственного страхования восполняется частной инициативой. Почти повсюду за границей действуют частные кассы, страхующие материнство. Особенностью деятельности этих касс является то, что она ограничивается или отдельным городом, местечком, или отдельными профессиями и носит благотворительный характер.

Организационный принцип построения касс в различных странах разнообразный: в одних эти кассы действуют слито с кассами на случай болезни, в других — эти кассы самостоятельны.

Кассы по страхованию материнства, действующие слито с кассами на случай болезни, по нашему мнению менее совершенны, так как в своей деятельности ограничиваются определенными, я бы сказал, казенными принципами, необходимыми для касс на случай болезни; выдачи в них рассчитаны на определенное время и определенного размера, в большинстве случаев они ограничиваются оказанием бесплатной медицинской помощи и выдачей денежных пособий. Подчинение касс материнских принципам касс на случай болезни лишает их жизненности, подвижности. Самостоятельные материнские кассы имеют то преимущество, что могут широко развить свою деятельность, проникая глубоко в жизнь своих членов. Материнские кассы могут, кроме денежных пособий при рождении ребенка, оказывать помощь и кормящим матерям, матерям, имеющим большое число детей. Эти кассы могут оказывать помощь и натурой, могут ее оказывать и в период родов, посылая к родильнице заместительниц хозяек, могут организовывать самостоятельные учреждения по охране матери и ребенка.

Как видите, деятельность самостоятельных касс обширнее, деятельность эта может носить инициативный, живой характер, — в этом и есть главное преимущество самостоятельных касс.

Возражения, обычно выдвигаемые против самостоятельных материнских касс, сводятся к мысли о более прочном финансовом положении касс, слитых с кассами на случай болезни.

Финансовая прочность этих касс обосновывается более широким кругом страхователей.

Но, во-первых, в них страхование перемешивается различием полов, так как туда входят как мужчины, так и женщины, во-вторых, финансовое равновесие касс на случай болезни строится на принципе возрастающего риска от младшего к старшему возрастам, тогда как материнские кассы должны учитывать большую возможность рождений только в зрелом возрасте.

Все это путает финансовые расчеты кассы, слитой с кассой на случай болезни. Подвижность и жизненность самостоятельных материнских касс вполне может заменить кажущуюся их финансовую слабость. Кроме того, приравнивание деторождения к болезням, тогда как роды есть обычное естественное физиологическое явление — совершенно неправильно и умаляет значение материнства.

Главным принципом при определении (пособий) премий в кассах буржуазных стран, является принцип, поощряющий деторождение, так как в большинстве стран рождаемость из года в год понижается и грозит вымиранием расы. Этот основной принцип действует и на величину премий и на размеры и виды их. Премии выдаются, главным образом, при рождении живого ребенка, при повторных рождениях премии увеличиваются, выдаются особые премии за кормление ребенка и т. д.

Успехи материнских касс за границей заметны, количество касс из года в год увеличивается, увеличивается и размер премий при остающемся неизменном взносе.

Как пример приведем самостоятельную материнскую кассу в г. Галле в Германии, где размер выдаваемых премий с первого года функционирования кассы постепенно повышается; в 1916 г. премия была в 120 мар., в 1917 г. — 195 мар., а в 1918 г. удалось дополнительно выдавать пособия матерям, кормящим грудью.

Опыт заграничных касс при организации материнских касс по РСФСР, конечно, должен быть учтен, но мы не должы забывать при построении этих касс и особенности нашего быта, каковыми являются, прежде всего, величина территории, затем малая культурность населения, большая рождаемость и бедность населения, особенно крестьянского.

Мы полагаем, что участие в кассах должно быть добровольным, во-первых, потому, что государственное страхование у нас основано на принципах проведения его только за счет государства, или предпринимателя, во-вторых, потому, что обязательное страхование ставило бы в неравные условия страхование материнства в городе и деревне, что едви-ли допустимо с политической стороны, в-третьих, идеи охраны материнства и младенчества уже достаточно затронули широкие массы населения, смотрящие на это дело, как на близкое, родное дело и глубоко затрагивающее жизнь людей. В виду этих соображений и учитывая многочисленность обязательных у нас страхований, мы полагаем, что к этому новому у нас делу мы ни в коем случае не должны подходить с принципом обязательности, чтобы в самом начале не погубить дела, к которому мы должны подходить с особой осторожностью, действуя не принуждением, а пропагандой.

Учитывая величину территории, мы при организации материнских касс должны приблизить их к населению, отделения касс должны быть в каждой волости, прием взносов и выдача премий должны производиться на месте;

величина территории влияет и при решении вопроса о возможности замены денежных натуральными выдачами, предполагающими организацию мастерских, складов и т. д.

Малая культурность населения понуждает к возможному упрощению как организации касс, так и процедуры взимания взносов и установления принципов выдачи пособий. Кассы первое время должны быть примитивны, расчеты не должны осложняться и должны быть понятны каждому. Большая рождаемость должна влиять на размеры взносов и на принципы выдачи пособий, лишенные мысли о поощрении большого числа рождений. Вследствие бедности населения взносы в кассу должны быть минимальными, однако, с тем, чтобы величина пособий была ощутительна и заинтересовывала материально страхующихся, и чтобы в то же время было сохранено финансовое равновесие касс, т.-е. чтобы сумма всех поступивших в кассу взносов не была меньше суммы подлежащих выдаче пособий.

Ближайшими задачами материнской кассы являются:

а) оказание денежного пособия матерям при рождении ребенка;

б) создание фонда на дело охраны материнства и младенчества, распределяемого Советами Социальной Помощи;

в) оказание помощи одиноким матерям организацией трудовых общежитий;

г) содействовать государственным органам в деле организации и содержания детских учреждений и содействовать делу родовспоможения особенно в деревне.

Формы помощи вытекают из задач кассы и делятся на денежную и натуральную.

Последняя может выражаться, как мы указывали, в организации общежитий для одиноких матерей и других учреждений по охране материнства и младенчества. Допустима замена денег и выдача равноценных предметов, напр., мануфактуры.

Денежная помощь оказывается путем выдачи определенной суммы денег при рождении ребенка.

С развитием деятельности кассы возможна, конечно, и выдача, кроме того, пособий кормящим матерям.

Малая культурность населения требует, чтобы расчеты были до минимума примитивны и выдачи наглядны и, с другой стороны, трудность сохранения финансового равновесия кассы требует также известную примитивность в расчетах. Поэтому, мы полагаем, что, по крайней мере, на первое время помощь, оказываемая кассами, должна быть ограничена выдачей только денежных пособий при рождении ребенка.

Подходя к решению вопроса о размерах взносов и пособий мы должны выходить из основного положения, что взаимное страхование материнства имеет своей целью распределение между женским населением равномерно расходов, связанных с возможностью для каждой женщины — родить. Поэтому, сумма взносов всех матерей должна быть ни в коем случае не меньше суммы подлежащих выдаче пособий. Размер членских взносов и соответствующих им денежных пособий устанавливается тарифами.

Установление размера членских взносов в материнской кассе усложняется меняющейся вероятностью родов по возрастам.

Риск растет до зрелого возраста, приблизительно, 25—28 лет, а затем постепенно понижается. Необходимого условия для установления постоянного взноса, постоянного возрастания риска, не существует. Необходимо предположить, что вступать в члены кассы в большей доле будут женщины в зрелом возрасте, наиболее производительном.

При данных условиях единственным выходом является установление ежегодных взносов, равных риску данного возраста, или сохраняя постоян-

ные взносы, установление ежегодно различных пособий, сообразно возрастной группе.

Страхование матерей будет, таким образом, страховкой на год и будет возобновляться ежегодно меняющимися взносами. Только при этом условии возможно финансовое равновесие материнской кассы.

Вероятность родов (риск) должна быть установлена на основании статистических данных о количестве рождений, падающих на известный возраст. К сожалению, у нас точных данных за последние годы не имеется и при вычислениях приходится пользоваться цифрами за 1910—20 года, внося поправки по данным 1923 года; в итоге мы получаем следующие цифры средней рождаемости по возрастам на 1.000 замужних женщин:

16 — 20 лет	— 288,9
21 — 25 „	— 253,3
26 — 30 „	— 191,1
31 — 35 „	— 132,1
36 — 40 „	— 76,1
41 — 50 „	— 13,1

На основании статистических данных (степень риска), мы математически вычисляем тариф необходимых взносов и размер выдач. Пути математических вычислений приблизительно следующие: допустим, что ежемесячный взнос установлен в размере 20 коп., при 1.000 участниц получается в год сумма 20 к. $\times$ 1.000 $\times$ 12 = 2.400 руб., родившая женщина в возрасте 31 года, вероятность родов для ее возраста, по статистическим данным выражается в 132,1, следовательно, этой матери возможно выдать пособие в сумме 2.400 руб., т.-е. суммы всех взносов, деленной на вероятность родов 132,1, т.-е. 2.400 : 132,1 = около 18 руб.

Такие математические вычисления дают возможность разработать определенные тарифы, указывающие размеры взносов и пособий по возрастам.

В тезисах, розданных участникам совещания, приводятся два тарифа, один с меняющимся по возрастам взносом, другой — с меняющимся по возрастам пособием при единообразном взносе. Последний тариф А удобен для контроля и учета и по нашему мнению пригоден для городов и промышленных центров, тариф же Б, устанавливающий минимальные взносы, доходящие до 10 коп. в месяц, более пригоден для деревни и имеет больше данных для вовлечения в страхование женщин старших возрастов. Выбор того или другого тарифа возможно предоставить тому или иному отделению кассы, что дает возможность сообразоваться с условиями района и желаниями самих участниц. Для облегчения контроля, выбор системы тарифа предоставляется коллективу, а не отдельным членам.

Чтобы предоставить членам кассы возможность самим определять сумму взносов, соответствующих их материальному положению, тарифы разбиты на 4 разряда, по величине взносов.

Нужно отметить, что тарифы не являются чем-то постоянным, они могут меняться, в зависимости от изменения статистических данных о рождениях, отражающих изменения в социальном положении, экономическом положении, издании новых законов о труде, о браке. Достаточно указать, что предполагаемое повышение по кодексу о браке, семье и опеке возраста брачущихся, безусловно отразится на статистических данных о рождаемости.

Поэтому тарифы должны периодически пересматриваться.

При указанных выше вычислениях равновесие между средствами и обязательствами кассы будет достигнуто только в том случае, если действительно число рождений не превысит тех цифр, которые положены в основу

расчетов. Из осторожности, которая в материнских кассах, я подчеркиваю, особенно необходима, условием финансовой устойчивости касс должна быть наличность источника для покрытия расходов, в случае уклонений рождаемости, а также для необходимых первоначальных организационных расходов. Такой источник должен иметься в виде запасного фонда.

Запасный фонд должен образовываться, во-первых, при организации кассы из средств, выделяемых губисполкомами, специальных средств п/отделов, ассигнованных комитетами взаимопомощи, комиссиями помощи детям и т. д., и, во-вторых, в дальнейшем, путем ежегодных отчислений из остатков от фонда пособий.

Необходимость запасного фонда при скудности наших средств не должна пугать, во-первых, потому, что фонд нужен только вначале, во-вторых, размер такового также поддается математическому учету, о чем мы коснемся позднее, и должен быть незначителен, приблизительно, равен 20% общей суммы взносов.

Таким образом, запасный фонд предназначается исключительно на покрытие дефицита, т.-е. когда обязательная по тарифам сумма денежных пособий не покрывается членскими взносами. Никаких других расходов из этого фонда не должно допускаться.

Что касается натуральной помощи путем организации трудовых общежитий для матерей, консультаций, яслей и др. учреждений по охране материнства и младенчества, то источником для покрытия расходов на эти учреждения должны служить специальные средства.

Специальные средства образуются, прежде всего: 1) из остатков, образующихся от взносов после выдачи пособий и по отчислении определенного процента в запасный капитал; 2) из пожертвований; 3) доходов от лотерей, лекций, концертов и других предприятий; 4) от процентов с капитала кассы.

Из фонда пособий должны покрываться также организационные и административные расходы, исключая первые организационные расходы, на которые выделяются определенные средства из первичного запасного фонда.

Подытоживая сказанное, мы должны твердо усвоить, что для финансовой устойчивости кассы необходимо средства кассы строго разграничить на особые фонды — пособий, запасный фонд и специальные средства.

Переходя к вопросам организационного характера, мы должны, прежде всего, коснуться вопросов о составе кассы, прав и обязанностей ее членов.

Членами кассы могут быть все женщины района действия кассы, в возрасте от 16 до 50 лет, т.-е. в возрасте, в котором возможна вероятность родов. Социальное и материальное положение не должны препятствовать вступлению в число членов кассы, так как большее число членов кассы может только вести к финансовому благополучию кассы, кроме того, более материально обеспеченные классы явятся очень выгодными страхующимся, в виду малой рождаемости у таких лиц. Влиять же на управление кассой эти члены не могут, так как подавляющей массой членов, конечно, будут бедняки.

Обязанностью членов кассы, кроме, конечно, личного участия в управлении и деятельности кассы, является взнос определенной суммы ежегодно или помесячно. Как мы указывали выше, взносы должны производиться на основании тарифов по возрастам, при чем при одновременном годовом взносе может быть установлен % скидки.

Возраст вступающих членов кассы должен тщательно проверяться и подтверждаться представлением официальных справок.

Взносы членами кассы вносятся или непосредственно в отделения материнской кассы, или в селах — особым уполномоченным кассы.

Члены кассы, не внесшие взносов в течение определенного времени, примерно, 3—4 месяца, считаются выбывшими, и сделанные ими взносы

обратно не возвращаются и вторично они зачисляются на основаниях вновь вступающих членов.

Правом членов кассы, кроме права быть выбранным в правление кассы, является, прежде всего, по наступлении родов, право на получение пособий, определенного по тарифу размера и указанного в выданной члену кассы квитанции.

Выдача пособий безвозвратна.

При преждевременных родах члену кассы возвращаются только взносы, условие это понятно, принимая во внимание, что величина пособий исчисляется на основании годичного периода.

Факт рождения ребенка удостоверяется род. приютом, больницей или уч. врачем, это необходимо в видах предотвращения возможных злоупотреблений.

Премии выдаются членам кассы при условии состояния в кассе не менее 10 месяцев и при выплате годичного взноса. Эти условия устанавливаются по выше приведенным соображениям о годичных расчетах для размеров пособий и во избежание записи в члены кассы большинства уже забеременевших женщин, что может подорвать средства кассы. Пособие, не потребованное в течение 3 месяцев после момента родов, не выдается, это необходимо ввести в целях своевременного учета средств кассы.

Члены кассы, кроме пособий, имеют право на бесплатную помощь в организованных кассой учреждениях (трудовых общежитиях матерей, консультациях, яслях и др. учреждениях).

Вербовка членов кассы возможна и коллективная, целыми селениями, обществами и т. д. Это, конечно, принесет только плюс для кассы. Вопрос коллективного страхования работниц должен быть согласован с профсоюзными и страховыми организациями, так как он соприкасается с государственным страхованием. Несомненно, что масса работниц и рабочих поймет пользу материнских касс и они будут основным ядром состава касс.

Средства кассы взаимопомощи матерей составляются из:

а) членских взносов, единовременных и периодических;

б) процентов с капиталов кассы;

в) средств, предоставляемых государственными органами, обществами «Друзья Детей», комиссиями помощи детям, советами социальной помощи и друг. организациями;

г) добровольных пожертвований;

д) доходов от вечеров, концертов, докладов, лотерей и друг. предприятий;

е) случайных поступлений.

Средства кассы взаимопомощи распределяются на:

а) основные (запасный фонд),

б) оборотные (фонд пособий) и

в) специальные средства.

Основные средства кассы образуются из средств, предоставляемых разными государственными и общественными организациями, из отчислений определенного % от излишка взносов членов кассы, оказавшегося по окончании операционного года. Основные средства не могут быть ниже 20% суммы взносов.

Оборотные средства образуются из членских взносов.

Специальные средства образуются из средств, пожертвованных, доходов от лотерей(лекций, концертов и пр. предприятий и из отчислений определенного % от излишков взносов, по окончании операционного года).

Основной запасный фонд должен целиком находиться при центральном управлении кассы. Оборотные и специальные средства находятся в местных отделениях кассы, при чем приблизительно 10% оборотных средств

должно переводиться временно в распоряжение центра, для того, чтобы он мог из этого фонда, можно его назвать резервного фонда пособий, распределять суммы из доходных отделений дефицитным и на случай передвижения членов кассы. Это должно быть сделано для предотвращения возможности задержки в выдаче пособий.

Переходя к управлению делами кассы, мы должны выходить из принципов: 1) кассы территориально должны быть близки к населению; 2) предоставления возможного участия в управлении большинству членов кассы, при конструктировании же исполнительных (рабочих) органов кассы, принять во внимание и необходимость делового подбора, в целях избежать партизанщины; 3) касса взаимопомощи матерей должна быть организована при Отделах Охраны Материнства и Младенчества, как необходимое условие работы по охране материнства и младенчества, которая ставит своей задачей оказание, кроме денежной и натуральную помощь, что безусловно будет влиять на организацию и методы работы самих учреждений по охране материнства и младенчества.

Присоединение кассы к страховым органам, кроме того, лишит ее жизненности, подвижности, о которой мы говорили, рассматривая материнские кассы, слитые с кассами на случай болезни.

Схема органов управления кассы взаимопомощи матерей представляется следующим образом:

1) общие собрания всех членов волостных отделений кассы;
2) собрания представителей правлений волостных касс и уездных;
3) общее центральное собрание представителей губ. касс.

Общими собраниями решаются наиболее существенные и принципиальные вопросы, напр.: утверждение отчетов кассы, изменение устава кассы, утверждение принципов, размера и сроков взносов, и пособий и т. д.

Исполнительными органами кассы являются правления: центральное, губернское, уездное и волостное (районное). Члены правления избираются соответствующими по территории общими собраниями и утверждаются правлениями выше территориально стоящих правлений, члены центрального же правления утверждаются Наркоматом Здравоохранения. Правления являются представителями кассы, как юридического лица, и от имени кассы ведут сношения со всеми лицами и учреждениями, совершают денежные операции в пределах, определенных уставом, инструкциями и полномочиями, данными общим собранием.

Для придания составу правления делового характера, необходимого при денежных операциях, в правления касс без выборов по должности входят: зав. Отделами Охраны Материнства и Младенчества или их заместители; по одному на правление представителю комитетов взаимопомощи, в центральном управлении — управляющий делами кассы и представители Женотделов ВКП (б).

На обязанности правлений лежит непосредственное ведение дел кассы, напр.: заведывание капиталами кассы, наблюдение за взносами, прием членов кассы, выдача пособий, составление отчетов и т. д.

Третьим по структуре органов управления кассы являются ревизионные комиссии, избираемые общими собраниями кассы.

Организация управления кассы должна быть тесно связана с крестьянскими комитетами взаимопомощи. Это требуется, во-первых, вследствие того, что контингент кассы в подавляющем большинстве должен состоять из крестьянства, во-вторых, в целях приближения кассы к населению. Волостные правления касс должны быть организованы при волостных комитетах взаимопомощи или при ВИК'ах.

Участие крестьянских комитетов взаимопомощи в делах кассы, таким образом, выразится в непосредственном ведении дел в волости, участии

представителей комитетов в правлениях губернских и центральном, и в помощи средствами.

Организация кассы взаимопомощи матерей является для России новым делом — никогда еще эти кассы у нас не существовали.

Вследствие новшества этого дела, условий нашего быта, разрозненности страхуемых по социальным группировкам и территориально и особенно вследствие, вообще, финансовой неустойчивости материнских касс, мы должны считаться с трудностями проведения этих касс, поэтому я еще раз останавливаю внимание на необходимости запасного фонда. Указывая раньше, что размер запасного фонда незначителен и поддается математическому учету, я не указал принципов его исчисления, которые представляются в следующем виде.

Величина запасного фонда должна находиться в определенном отношении к сумме членских взносов. С увеличением числа членов кассы необходимая сумма запасного фонда должна повышаться, но в процентном отношении к общей сумме взносов она будет все меньше и меньше. Например: если касса выдает пособия в размере 25 руб., в ней только 500 членов, которые вносят по 40 коп. в месяц, т.-е., в общем, 2.400 руб. в год, то запасный фонд должен состоять не менее 800—900 руб. (30—40%). Если же число членов повысится до 8.000, то запасный фонд должен составлять только 10% всей суммы.

Это об'ясняется уменьшением риска дефицитности с увеличением числа членов кассы.

Останавливая ваше внимание на трудностях организации кассы, я не хочу сказать, что, вследствие этих трудностей, не следует начинать этого дела, напротив, я глубоко уверен в успехе дела, и о трудностях говорю из осторожности, которая необходима, чтобы неудачным нача́лом не испортить этого полезного дела на многие годы. Мы можем быть уверены, что при выполнении необходимых условий при организации кассы расчетов, которые основаны на научных данных, успех их обеспечен.

За успех дела говорят и упрямая энергия работников по охране материнства и младенчества, и проникновение идей охраны материнства и младенчества в широкие массы и отклики организаций, близко работающих с нами и помогающих проводить наши начинания.

Развивая же постепенно все шире и шире работу касс взаимопомощи матерей, мы тем самым колоссально усилим работу по охране материнства и младенчества, охватим этой работой все слои женского населения, подведем под наше дело материальную базу, так необходимую нам в настоящее время.

Повторяю, что без широкого страхования материнства никакая работа по охране материнства и младенчества не может привести к желательным результатам.

Резолюция по докладу.

1. Отмечая, что взаимное страхование материнства, действующее в дополнение к государственному страхованию, является могучим орудием в борьбе с детской смертностью и подкидыванием, признать целесообразным и своевременным организацию касс взаимопомощи матерей на основах, изложенных в докладе.

2. Так как деятельность кассы взаимопомощи матерей тесно связана с работой учреждений по охране материнства и младенчества, а также в целях придания ее работе живого, инициативного характера, кассы должны быть организованы при п/отделах охраны материнства и младенчества, а в волостях — при крестьянских комитетах взаимопомощи.

3. Предложить Центральному Отделу Охраны Материнства и Младенчества, на основах доклада и прений по нему, разработать устав кассы взаимопомощи матерей и провести его через законодательные органы. В уставе отметить возможность установления, помимо индивидуального, также и коллективного членства.

4. Трудность проведения касс взаимопомощи матерей, заключающаяся в условиях нашего быта, предполагает предварительную широкую пропаганду и агитацию задач касс через государственные, партийные и профессиональные органы и требует особой энергии работников охраны материнства и младенчества.

Проверка нашей политики по вопросу об абортах.

А. Генс.

Прошло пять лет с того момента, как мы легализировали аборт, пять лет, как мы взяли на себя ответственность за наиболее радикальное разрешение этого наболевшего вопроса, имеющего большое социальное значение. Это социальное значение настолько велико, настолько глубоко затрагивает не только интересы работниц и крестьянок, но и всего пролетарского коллектива, что вторичное всестороннее обсуждение этого вопроса, тщательное взвешивание всех доводов за и против легализации абортов, за и против нашей политики в вопросе об абортах — вполне своевременно, вполне назрело.

Обычно сопоставление, сравнение одного и того же явления в различной обстановке, в различной среде ярче всего обрисовывает, поясняет это явление, дает критерий к его оценке.

В вопросе об абортах мы имеем такую возможность: сопоставление положения вопроса об абортах в странах, где аборт преследуется законом, с положением у нас в СССР, где аборт легализирован, даст нам необходимый критерий для проверки правильности нашей политики.

Вначале остановимся на положении вопроса с абортами в буржуазных странах.

За последние годы мы отмечаем в целом ряде государств понижение рождаемости. В Германии в 1880 году родилось на 1.000 населения 40 человек, в 1890 — 37, в 1900 — 36, в 1910 — 30, в 1924 — 26.

Такое же положение мы наблюдаем в целом ряде других государств, и резче всего это понижение сказывается во Франции, где естественный прирост населения даже приостановился. Я не буду касаться причин понижения рождаемости, я хочу только фиксировать ваше внимание на следующих обстоятельствах. В Германии в 1924 году рождаемость понизилась в сравнении с 1890 годом на 25%. И одновременно, по сообщению д-ра Зандгорна, число абортов с количества 8—10 на каждую сотню срочных родов в 1890 году увеличилось до 15% к 1910 году и достигло 25% к 1924 году. Таким образом, мы видим, что между понижением рождаемости и ростом числа абортов имеется непосредственная прямая зависимость. На 2.000.000 родившихся в Германии мы имеем, по исчислению профессоров Бумма, Линденмана, около 500.000 абортов, из них 90% криминальных. М. Гирш считает на 100 плодовитых семейств 93 аборта, на 100 женщин в возрасте от 30 до 37 лет 100 абортов, т.-е. не менее одного аборта на одну женщину. Статистик Бертилльон считает, что в Париже ежегодно производится 50.000 искусственных абортов; другой статистик Монин считает для Па-

рижа ежегодно 100.000 абортов. Для Берлина проф. Ресле считает ежегодно 23.000 искусственных абортов. В Нью-Йорке, по данным Штабеля, производится ежегодно 80.000 абортов.

Эти цифровые данные говорят за то, что аборт стал, несомненно, социальным явлением.

Я не буду останавливать вашего внимания на причинах этого социального явления: они достаточно ясны. Механизация производства дала возможность капиталистам применять неквалифицированную рабочую силу на заводах и они накинулись именно на женский труд, как наиболее дешевый. И армия работниц с каждым годом растет, достигая в настоящее время свыше 10.000.000 человек. Дешевый женский труд начал в послевоенное время даже серьезно конкурировать с мужским. Так, в Германии число женщин, занятых в производстве, непрерывно растет за счет растущего числа безработных мужчин. С другой стороны, дешевизна сельско-хозяйственных продуктов, периодически повторяющиеся сельско-хозяйственные кризисы ставят крестьянское хозяйство в экономически невыгодные условия. Все это, вместе взятое, а также повышение общей культурности, заставляет и крестьянок, а в особенности работниц [1]), вследствие недостатка материальных средств для воспитания детей, стремиться к ограничению деторождения. В виду того, что противозачаточные средства распространены только среди господствующего класса, среди буржуазии, ввиду того, что буржуазия всевозможными путями ведет борьбу с распространением противозачаточных средств, — работницы и крестьянки ограничивают деторождение единственно возможным для них путем — путем абортов.

Понижение деторождения явно невыгодно для капиталистического общества, которому нужна резервная армия безработных, чтобы держать заработную плату на нужном уровне, и нужна резервная армия мужчин, в качестве пушечного мяса для империалистических войн [2]). Эти тенденции капиталистического общества нашли свое отражение в религии, в буржуазной морали, буржуазной семье, об'явившей святость, незыблемость брака, об'явившей аборт грехом против бога капиталистов, против капиталистического общества.

Поэтому-то легализация абортов, разрушающая «святость» брака, незыблемость религиозных основ и изменяющая буржуазную мораль, а главное, понижающая рождаемость — неприемлема для буржуазных государств, и там борьба с абортами продолжается путем репрессивных мер. Эти репрессивные меры довольно жестоки: женщина, которой произвели аборт, карается на несколько лет заключения в тюрьму. Для иллюстрации мы ниже приведем полностью тексты законов о наказуемости за производство выкидыша во Франции, Германии, Италии и Англии.

Новый французский закон 1923 года о наказуемости за производство выкидыша.

«1. Кто произведет или сделает попытку произвести посредством пищи, питья, особых приемов, насилия или какого-либо иного способа выкидыш у беременной женщины, с ее согласия или без такового, подлежит тюремному заключению на срок от одного до пяти лет и штрафу в размере от 500 до 10.000 франков.

Подлежит тюремному заключению на срок от 6 месяцев до 2 лет и штрафу от 100 до 2.000 франков женщина, которая произвела себе

[1]) В Австрии из 100 женщин, осужденных за то, что им произвели аборт, 92% — несостоятельных.

[2]) В книжке «Германия в опасности» д-р Гартвиг взывает к увеличению деторождения — необходимо приготовиться к следующей войне.

выкидыш или согласилась употребить указанные способы для этой цели, если выкидыш состоялся.

Врачи, фельдшера, акушерки, зубные врачи, фармацевты, как и студенты-медики, студенты-фармацевты, аптечные служащие, гербаристы, бандажисты и торговцы хирургическими инструментами, которые укажут, как произвести, помогут или сами произведут выкидыш, будут караться согласно ст. 1.

Кроме того, виновные могут быть временно или навсегда лишены диплома. Наконец, трибунал может приговорить виновных к выселению на срок от 2 до 10 лет».

Германский закон о наказуемости за производство выкидыша.

Преступления и проступки против жизни.

«§ 218. Беременная, умышленнно вытравляющая плод или убивающая его в своей утробе, наказывается каторжной тюрьмой сроком до 5 л.

При наличии смягчающих вину обстоятельств, виновный подлежит тюрьме не ниже шести месяцев.

Тому же наказанию подлежит тот, кто с согласия беременной применит в отношении ее средства с целью аборта или умерщвления плода или введет таковые.

(Сравн. § 73. 2).

§ 219. Каторжной тюрьмой сроком до 10 лет карается тот, кто за вознаграждение доставил беременной, которая вытравила или умертвила плод, средства, применил их или ввел их ей.

§ 220. Тот, кто без ведома или против воли умышленно вытравит или умертвит плод, карается каторжной тюрьмой не ниже двух лет.

Если последствием указанного выше деяния будет смерть беременной, то виновный подлежит каторжной тюрьме не ниже 10 лет или бессрочно».

Итальянский закон о наказуемости за производство выкидыша.

«381. Если женщина сама или при помощи кого бы то ни было с ее согласия (382), какими угодно средствами производить себе аборт, она наказывается от года до четырех лет арестом.

382. Тот, кто произвел аборт женщине с ее согласия, наказуется тюремным заключением от 30 месяцев до 5 лет. Если последствием произведенного аборта или средств, примененных для этой цели, происходит смерть женщины, — наказание: тюремное заключение от 4 до 7 лет или от 5 до 10 лет, если применялись средства, более опасные, нежели те, на которые согласилась женщина (384, 385).

383. Если кто применяет абортивные средства без прямого на то согласия женщины или против ее воли, наказуется тюремным заключением от 30 месяцев до 6 лет, и от 7 лет до двенадцати, если аборт произошел. Если же последствием аборта или средств, примененных для его производства, произошла смерть, наказание: от 15 до 20 лет. Наказание увеличивается на шестую часть, если виновником является муж (384, 385).

384. Если виновником преступления, предусмотренного в двух предыдущих параграфах, является лицо, занимающееся санитарной профессией, или другой профессией, подчиняющейся санитарному надзору, советуя, применяя средство, из-за которого вызван аборт или произошла смерть, наказания, указанные в этих параграфах, увеличиваются на одну шестую. При

чем наказание заключается в запрещении занятия или профессии на срок, равный тюремному заключению (385)».

Интересен тот факт, что сейчас, в 1925 году, с'езд германских врачей высказался против легализации абортов [1]). Это доказывает, что и они стали в защиту интересов своих господ. И наши врачи, в 1920 году, в момент обострения классовой борьбы, еще бессознательно стали на точку зрения буржуазии, и они приводили много научно-обоснованных мнений против легализации абортов. Сейчас, в 1925 году, редко встретишь у нас в СССР врача, выступающего против легализации абортов; теперь врачи, став советскими, основательно забыли свои научные возражения против легализации абортов.

Итак, оказывается, что в условиях буржуазного государства аборт неминуемо должен быть наказуем, должен быть в подполье. Посмотрим, на примере, скажем, Германии, к чему приводит борьба с абортами путем репрессивных мер. Мы уже раньше указывали, что число абортов, несмотря на их наказуемость, из года в год растет. Это первое. Второе: аборт в буржуазных государствах загнан в подполье и находится в руках абортмахеров. Третье: женщина с кровотечением после подпольного аборта, оттягивает как можно дольше срок своего поступления в больницу, боясь быть привлеченной к судебной ответственности [2]). Это обстоятельство, а также анти-санитарная домашняя обстановка при производстве подпольных абортов, привели к тому, что в Берлине из каждой сотни абортирующих, попавших в больницы, — 50 поступают с высокой температурой; 36 из них тяжело больных и 4 умирает. Затем, ежегодно заболевает в Германии 75.000 женщин сепсисом, и умирают от сепсиса при подпольном аборте до 7.000 женщин в цветущем возрасте (по данным Гансберга и Гротьяна). Интересен, между прочим, следующий факт: все сепсисы после абортов и после родов дали в Берлине в 1922 году на 1.000 рождений — 13 случаев смерти; в 1923 г. — 14; в 1924 г. — 11 случаев; одновременно в Ленинграде на 1.000 рождений от послеродовых сепсисов умерло: в 1922 г. — 3, в 1923 г. — 3 и в 1924 г. — 2.

Таким образом, у нас в Ленинграде, при нашей бедной еще санитарно-технической обстановке, умирает в 2—3 раза меньше от сепсиса после родов и абортов, чем в Берлине, где, конечно, санитарно-техническая обстановка в больницах выше нашего. Этот высокий процент смертей от послеродового сепсиса в Берлине об'ясняется только подпольным абортом. Немецкий врач Лотар Вольф по этому поводу пишет: «1845 г. стал для акушеров знаменательным тем, что в этом году д-р Семельвейс сделал открытие о том, что послеродовой сепсис — это инфекционное заболевание, и что его можно предупредить строгой асептикой; 1920 год стал акушером знаменательным тем, что выяснилась возможность и резко понизить число послеродовых сепсисов и также резко понизить вообще, смертность от послеродового сепсиса, путем легализации абортов».

Чтобы завершить картину с положением вопроса об абортах в Германии, нужно добавить, что от 5 до 7 тысяч работниц и крестьянок сидят там в тюрьмах за то, что им произвели аборт. И единичными считаются случаи привлечения к суду абортмахеров. Непрекращающийся рост числа абортов, числа послеабортных заболеваний, числа смертей от сепсиса после абортов,

---

[1]) Смотри «Die Fruchtabtreibung als Volkskrankheit» д-ра Vollmann, написанную в 1925 г. по поручению с'езда.

[2]) Даже представитель науки, немецкий профессор Винкель внес предложение подвергать судебно-медицинскому следствию всех женщин, поступающих в больницы, в состоянии выкидыша (см. «Fort mit der Abtreibungsstrafe» Stoeker, Stabel и Weinberg. Стр. 10).

рост числа женщин, кинутых в тюрьму — вот иллюстрация борьбы с абортами путем распрессивных мер.

Перейдем теперь к вопросу об абортах в СССР.

В 1920 году мы решительно отвергли борьбу с абортами, путем репрессий, впервые в мире легализировали аборт. Благодаря этому, мы получили возможность вывести аборт из подполья. Но тут мы наткнулись на серьезное препятствие.

Мы пред'явили к нашим больницам требование принять на койку большое число женщин для производства абортов, но число коек в них, вообще, было и остается еще недостаточным, а в 1920—1923 годах они еще в сильной мере были заняты инфекционными больными и некоторые из них, вообще, не функционировали, вследствие хозяйственной разрухи.

Затем отмена наказуемости за производство абортов, постепенно извлекающая их из подполья, дала нам возможность получить ориентировочные данные как о числе абортов вообще, так, в частности, получить материал о социально-бытовой обстановке женщин, идущих на аборт. Этот материал мы получили путем обязательной регистрации на специальных карточках каждой женщины, попавшей в больницу для производства полного аборта, а также попавшей туда с кровотечением после начатого вне больницы аборта.

Эта обязательная регистрация проведена с 1 июня 1924 года. Постепенно число губерний, где она начинает аккуратно проводиться, увеличивается. Разработка этих карточек дала нам возможность притти к некоторым выводам.

Всего, без данных по Северо-Кавказскому краю, Уральской области и по губерниям: Вологодской, Курской и Нижегородской, попали в наши больницы с легальным абортом и с подпольным абортом 131.572 женщины. По отношению к 102.896 женщинам из этого числа нам известно их распределение по губернским городам, уездным городам и сельским местностям, с подразделением на легальные и подпольные аборты. Оказывается, что по губ. городам попало с легальным абортом 35.837 женщин, с подпольным — 14.621; по уездным городам: 3.587 — с легальными абортами и 1.710 — с подпольными и по сельским местностям: 25.415 — с легальным абортом и 21.735 — с подпольным.

	По губерн. городам.	По уездным городам.	По сельск. местностям.	Всего.
1	2	3	4	5
Произведено полных абортов	35.837— —71,0%	3.587— —67,7%	25.415— —53,9%	64.839— —63,0%
Принято с начавшимся вне больницы абортом . .	14.612— —29,0%	1.710— —32,3%	21.735— —46,1%	38.057— —37,0%
Итого . . .	50.449— —100%	5.297— —100%	47.150— —100%	102.896— —100%

Таким образом, в общей массе абортов оказалось поступивших с подпольными абортами в губ. городах — 29%, в уездных городах — 32% и в сельских местностях — 46%. Этот рост подпольных абортов от

губернских городов к сельским местностям об'ясняется, конечно, лучшей постановкой лечебного дела в губернских городах и худшей — в сельских местностях: не хватает коек для удовлетворения спроса на аборт со стороны женщин. Тут разрешите остановить ваше внимание на следующем вопросе: каково должно быть наше отношение к подпольным абортам? Ясно, конечно, что извлечение их из подполья является нашим основным делом. Но значит ли это, что мы должны увеличивать число коек для абортов, значит ли это, что мы должны широко раздавать разрешения на бесплатное производство абортов? Тут мнения разделяются: одни (к примеру, скажем, Москва) заявляют, что чем меньше будет препятствий к производству абортов, тем их число, вообще, будет увеличиваться. Другие, скажем, Ростов, стоят на другой точке зрения: они заявляют, что число женщин, идущих на аборт, зависит исключительно от социальных мотивов, что их число ежегодно более или менее постоянное и что женщина, решившаяся на аборт, все равно его сделает, независимо от нашего разрешения или отказа. Мы считаем последнее мнение наиболее правильным, потому что в тех городах, где мы широко даем разрешение на бесплатное производство абортов, — там число подпольных абортов резко уменьшается, т.-е. широкой легализацией исчерпывается контингент женщин, идущих на аборт. И еще одно доказательство нашей правоты: в Берлине, при *наказуемости* абортов, их количество исчисляется в 5—6 абортов на 1.000 населения, в Ленинграде, при легализации абортов, то же самое отношение: 5 — 6 абортов на 1.000 населения. Это не случайный факт, это подтверждает социальную подкладку аборта. И правы те губздравы, которые, с одной стороны, расширили число бесплатных коек и организовали также платные койки для тех лиц, которым комиссия [1]) отказала в бесплатном производстве абортов. Комисии по выдаче разрешений на бесплатное производство и были организованы потому, что не хватает коек для аборта и для социальной помощи, которая единственно может отвратить женщин от аборта.

Перейдем теперь к рассмотрению социальных мотивов у женщин, идущих на аборт. Прежде всего нас заинтересовало: имеет ли влияние на частоту обращаемости семейное состояние: влияет ли, скажем, незарегистрированный брак на частоту обращаемости? Этот вопрос разработан по данным анкет слишком 10.000 женщин. Оказалось, что мы имеем в каждой сотне абортирующих в незарегистрированном браке:

	Одиночек в %	Живущих с мужем в %	Всего в %
В губ. городах	444 — 5,5	729 — 9,3	= 14,8
„ уезд. городах	83 — 4,9	77 — 4,6	= 9,5
„ сельск. мест.	26 — 2,8	77 — 8,4	= 11,2

Если этот факт относится, примерно, к $^1/_7$ всех абортировавшихся, то это дает нам полное право признать влияние неустойчивого брака на частоту обращаемости за абортами.

[1]) В губернских и уездных городах и фабричных поселках организованы комиссии по выдаче разрешений на бесплатное производство абортов в больницах.

Перейдем теперь к возрасту абортировавшихся: оказывается, что в городах женщины абортируются, главным образом, в возрасте от 20 до 30 л. [1]), а в сельских местностях — от 30 до 45 лет.

Возраст.	Губ. город. в %	Уездн. город. в %	Сельск. насел. в %
15 — 19 лет	6,0	6,9	4,8
20 — 29 „	59,6	59,7	44,9
30 — 45 лет и старше	34,4	33,4	50,8

Социальное положение абортирующих в городах таково: главную массу абортирующих составляют жены служащих и жены рабочих; на втором месте — работницы и служащие. В сельских местностях первое место занимают крестьянки, второе — жены служащих и рабочих (повидимому, в совхозах и сельсоветах).

У нас имеются данные о числе беременности у 10.000 абортировавшихся. Нас интересовало, обращаются ли женщины за абортами при первой беременности, и нам кажется, что, чем больше женщин обращается за абортами при первой беременности, тем вообще частота абортов больше. Оказывается, что только 12% женщин было среди них с первой беременностью.

И еще лучшим показателем степени распространения абортов является частота обращаемости за первым абортом: чем их больше, тем меньше обращаемость. Так, оказывается, что среди абортировавшихся было:

	1-й аборт в %	2-й аборт в %	3-й аборт в %	
В губ. городах	61,7	23,3	8,0	Таким образом, выясняется, что крестьянки реже обращаются за абортом, чем горожанки. На одну горожанку из абортировавшихся приходится прежних абортов — 0,6; у крестьянок — 0,3.
„ уезд. городах	65,5	22,7	7,1	
„ сельск. местн. . . .	72,6	17,9	5,7	

Теперь посмотрим связь частоты обращаемости за абортами с числом детей. Оказывается, что бездетных было в среднем 17%, с одним ребенком — 30%, с двумя — 20%, с тремя и более — 33%.

[1]) В родильном доме имени Крупской (в Москве) за 1921, 1922 и 1923 г.г. было по возрасту: до 19 л. — 47%; от 20 до 30 лет — 63,9%; от 30 до 40 лет — 26,8% и старше — 4,6%.

	Губ. городах в %	У. городах в %	Сельских местн. в %	Всего %
Бездетных	804 = 16,6	334 = 18,5	173 = 16,2	1.311 = 17,0
С 1 ребенком	1.633 = 33,6	500 = 27,7	196 = 18,3	2.322 = 30,5
„ 2 детьми	1.015 = 20,9	372 = 20,6	187 = 17,5	1.574 = 20,0
„ 3 и более детьми . .	1.400 = 28,9	513 = 33,2	513 = 48,0	2.512 = 32,0
Итого . .	4.852 = 100	1.805 = 100	1.069 = 100	7.726 = 100

Тут выяснилась интересная вещь: оказывается, что в городах женщины больше всего абортируют после первого ребенка, в сельских местностях после 3 и более детей. У крестьянок даже прямая зависимость: чем больше детей, тем большая обращаемость.

Число абортов у лиц:	По губернскому городу. Возраст: 15—19	20—29	30—45	Всего.	По уездным городам. Возраст: 15—19	20—29	30—45	Всего.	По сельским местн. Возраст: 15—19	20—29	30—45	Всего.
не имевших детей	103	595	106	804	49	234	51	334	39	118	16	173
в %% . .	12.8	74.0	13.2	100.0	14.7	70.0	15.3	100.0	22.5	68.2	9.3	100
имеющих 1 ребенка .	70	1272	291	1633	21	398	81	500	12	143	41	196
в %% . .	4.3	77.9	17.8	100.0	4.2	79.6	16.2	100.0	6.1	73.0	20.9	100
имеющих 2-х детей .	4	685	326	1015	6	236	130	372		105	82	187
в %% . .	0.4	67.5	32.1	100.0	1.6	63.4	35.0	100.0		56.1	43.9	100
имеющих 3 детей и более . .		371	1029	1400		180	419	599		110	403	513
в %% . .		26.5	73.5	100.0		30.1	69.9	100.0		21.4	78.6	100
Итого .	177	2923	1752	4852	76	1048	681	1805	51	476	542	1069
в %% .	3.7	60.2	36.1	100.0	4.2	55.1	37.7	100.0	4.8	44.5	50.7	100

Уже раньше мы установили, что в городах абортирующихся больше всего в возрасте от 20 до 29 лет, в сельских местностях — от 30 до 45 лет. Теперь становится также ясным, что в городах в возрасте от 20 до 29 лет больше всего абортирующихся при наличии одного ребенка, а в сельских местностях в возрасте от 30 до 45 лет при наличии трех и более детей.

Вообще же отмечается два максимума обращаемости за абортами: в возрасте от 20 до 29 лет при наличии одного ребенка и в возрасте от 30 до 45 лет при наличии трех и более детей.

Что касается причин абортов, то среди социальных показаний на первом месте — недостаток материальных средств, затем наличие грудного ребенка, желание ограничить число детей, желание скрыть беременность и другие причины.

	Причины абортов.															
		В том числе:														
	Итого.	Туберкулез.	Сифилис.	Бол. сердца.	Женск. бол.	Малокров.	Неукр. рвота	[1]	Прочие.	Желание скрыть берем.	Невозможн. продолж. раб.	Нежелание иметь ребенка.	Кормление грудью.	Недостаток матер. средств.	Падение и поднятие тяжест.	Прочие.	Всего.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
По губерн. городу .	3616	1362	101	405	52	70	25	46	1552	178	254	191	510	3921	53	136	885
Тоже в %%	10.8	15.4	1.1	4.6	06	08	03	05	7.5	2.0	2.9	2.1	5.8	44.3	06	1.5	100

Относительно 8.859 абортировавшихся женщин, главным образом, горожанок, имеются данные о причинах обращений их за абортами в комиссии по выдаче разрешений на бесплатное производство абортов (см. таблицу). Оказывается, что наиболее частой причиной абортов является недостаток материальных средств — 44,3%, затем следуют аборты, произведенные по медицинским показаниям — 40,8% (среди них много абортов, произведенных из-за заболевания туберкулезом — 15,4%). Интересно, что, на-ряду с социальными и медицинскими показаниями при абортах, попадаются и отчасти евгенического характера — 46 случаев (идиотизм, слепота, глухонемота и т. п.).

Жилищные условия 4016 женщин, абортировавшихся в 1924 г.

	Живет в комнате одна.	Живет в комнате вдвоем.		Живет в комнате втроем.	Живет в комнате вчетвером и пр.	Всего.
		С мужем.	С др. лицом: сестра, подруга и пр.			
1	2	3	4	5	6	7
В абс. числах . .	259	590	365	1028	1774	4016
в % %	6,4	14,7	9,1	25,6	44,2	100,0

[1]) В эту графу вошли следующие случаи: идиотизм, эпилепсия, паралич, эклямпсия, глухонемота, слепота, истерия, психоневроз, опухоли, дефективность, расстройство нервной системы, болезнь мужа.

Оказывается, что среди абортировавшихся имеются живущие в комнате одной — 6,4%, *вдвоем:* с мужем — 14,7%, с другим лицом (сестрой, матерью и т. п.) — 9,1%, всего 23,8%; живет в комнате *втроем* — 25,6%, и *вчетвером* и более — 44,2%.

Острый жилищный кризис, который мы переживаем, почти во всех городах, резко отражается на обращаемости за абортами, даже более — является, повидимому, одной из наиболее частых причин абортов. Вполне понятно нежелание впустить в комнату еще одного претендента на жилую площадь, когда в ней уже живут 4 и более лиц (оказавшихся в таком положении у нас — 44,2% — среди абортировавших в городах).

По отношению 36.340 абортировавшихся нам известно время их поступления в больницы.

Месяцы.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Число женщин, поступивших в больницы по поводу абортов . .	1988	2343	2781	2678	3352	3008		2926	3560	3688	3398	3593

Краткое резюме приведенных фактов об абортах в СССР в 1924 г.

За отчетный 1924 год нам удалось уменьшить число подпольных абортов, в сравнении с 1923 г., еще на 5%.

Затем, незарегистрированные браки, случайное сожительство и разводы имеют влияние на обращаемость за абортами.

В городах абортируют женщины больше в возрасте 20—29 лет при наличии одного ребенка; в сельских местностях в возрасте 30—45 лет при наличии трех и более детей.

Жены рабочих и служащих дают самую большую группу абортировавшихся.

Аборты получили больше всего распространение среди жительниц губернских городов, затем уездных городов, и меньше всего среди крестьянок.

Большинство абортировавшихся с первым абортом, бездетных сравнительно немного.

Главными причинами абортов являются: недостаток материальных средств, жилищный кризис и медицинские показания у горожанок; у крестьянок — медицинские показания и недостаток материальных средств, связанный с многодетностью.

Наш Отдел поставил перед собой вопрос: легализация абортов послужила ли причиной роста абортов вообще или мы в этом неповинны? Мы уже указывали, что в целом ряде государств наблюдается непрерывный рост абортов; мы указывали уже, что по Берлину и Ленинграду приходится равное количество абортов. Картина совершенно меняется, если мы посмотрим отношение числа абортов за год к числу родившихся за год. Тут мы получаем, что в Берлине на каждую сотню родившихся в 1924 году приходилось 54 аборта, в Ленинграде — только 21. Об'ясняется это, конечно, тем, что в Ленинграде рождаемость почти вдвое выше, чем в Берлине. Но этот факт одновременно указывает и на большее распространение абортов в Берлине, чем в Ленинграде.

Данные по Москве в 1923 году было 32% всех абортов по отношению ко всем родившимся, в 1924 году — только 27%. Сопоставление числа абортов

по ряду губерний дает небольшое повышение их числа. Учитывая, что рождаемость за последние три года растет и достигла в 1924 году 38 на 1.000 населения, мы находим об'яснение, отчего, несмотря на рост числа абортов, %-ное отношение их числа к числу всех родившихся в Москве и в других местностях уменьшилось. У нас, в сравнении с Западной Европой, вообще нет еще большого распространения абортов.

С другой стороны, мы наблюдаем из года в год рост числа поступлений в больницы с легальным абортом. Но и это не показатель роста абортов вообще. Это только показатель того, что легализация абортов выводит все большее и большее их число из подполья.

Что это действительно так, подтверждается следующим: в 1923 году у нас было 42% подпольных абортов к общему числу всех абортов, попавших в больницы, а в 1924 году уже только 37%. Нам, следовательно, удалось еще на 5% уменьшить количество подпольных абортов.

Но если аборт у нас не получил при легализации большего распространения, чем в Западной Европе, если мы почти не наблюдаем резкого роста абортов за последние два года, то мы все же должны согласиться с тем, что, в сравнении с дореволюционным временем, мы, конечно, имеем большой рост числа абортов. Ведь тысячи, десятки тысяч рожали до революции, несмотря на очень скверные социальные условия; рожали и потому, что им аборт был во многих случаях все же недоступен, рожали потому, что аборт был наказуем, и они боялись тюрьмы. Эти-то женщины поставляли сотни, тысячи подкидышей; это их социально-слабые дети вымирали и этим самым повышали детскую смертность. Теперь эти женщины получили возможность на бесплатное производство абортов, и даже в первую очередь. И мы склонны, не без основания, приписать уменьшение числа подкидышей и некоторое понижение детской смертности отчасти тому, что слабые в социальном отношении женщины теперь получили возможность пойти на аборт. Да, рост числа абортов в сравнении с их числом до войны на-лицо, но этот рост не наводит панику на нас. Это вполне естественная реакция женщины на декрет о легализации абортов, давший ей возможность освободиться от родов ребенка, которого она не сможет воспитывать.

В доказательство того, что это действительно так, мы можем привести следующий пример. Наш Отдел, для выяснения этого интересного вопроса о росте числа абортов, предпринял обследование быта работниц разных производств. И вот, например, данные, полученные по обследованию быта более 1.000 текстильщиц. Оказывается, что из каждых 100 беременностей — 94—95 кончались срочными родами от 1900 до 1913 года. С 1914 по 1916 год было только 91 срочных родов на 100 беременностей; с 1917 по 1919 — 85, с 1920—1922 только 77 и с 1923 по 1924 г.г. только 71. Мы видим, что уже во время империалистической войны начался рост абортов у текстильщиц. Октябрьская революция не помешала этому росту, с 1917 по 1919 г. стало уже 85 вместо 91 срочных родов из ста беременностей. И этот рост абортов продолжается и после легализации абортов. Таким образом, рост числа абортов начался с империалистической войны, но не с легализацией абортов. И что этот рост об'ясняется социальными причинами, тоже достаточно ясно из следующих данных. Мы подсчитали, сколько детей у этих текстильщиц выживало. Оказалось, что до 1917 года выживала меньшая половина, в 1918 году уже 62% выжило, в 1919 г. — 68%, в 1920 г. — тоже 68%, в 1921 г. — 75%, в 1922 г. — 70%, в 1923 г. — 74%, в в 1924 г. осталось в живых из ста детей уже 83. Нужно отметить, что детская смертность у них из года в год до 1917 года не понижалась ниже 35%. До революции заставляли работниц рожать, и большинство детей погибало, и вполне понятно, отчего у этих работниц также наблюдается рост числа абортов: рожают меньше, но детям лучше.

Отдел также предпринял работу для выяснения положения вопроса об абортах среди сельского населения путем собирания анкетного материала от участковых врачей. Всего нами получено 2.207 анкет от участковых врачей, то-есть 59% всех участковых врачей отозвалось на нашу анкету. Собран чрезвычайно ценный материал, из которого некоторые выводы мы сообщаем [1]). Прежде всего, надо отметить, что декрет о легализации абортов застал нашу участковую сеть в очень тяжелом положении. Большинство участковых врачей было мобилизовано, участки пустовали, были без денег, без топлива и без ремонта. Положение стало улучшаться с 1923 г. и в начале 1924 г. Целый ряд пустующих мест был заполнен врачами, начался ремонт больниц, хотя к моменту нашего обследования многие из них имели еще слабое оборудование. Из 2.000 участковых врачей 340 врачей, т.-е. 17%, только в 1914 году появились в участке. В нашей анкете мы, прежде всего, заинтересовались вопросом, обращаются ли вообще крестьянки к участковым врачам с просьбой произвести аборт. Оказывается, что к 90% всех участковых врачей крестьянки обращаются с просьбой произвести аборт. Эти обращения довольно часто носят нелегальный характер, обращаются по секрету и сплошь да рядом с просьбой произвести аборт тайно — крестьянки еще боятся разгласки производства аборта. 15% ответов указывают, что обращения носят массовый характер; редкую обращаемость из-за стыда, вследствие неосведомленности о легализации абортов, или зная, что придется поехать в уездный город за разрешением, отмечают 20% всех ответов. Лишь 10% участковых врачей не отметило обращения крестьянок за абортом.

Таким образом, приходится констатировать, что аборт в деревне стал бытовым явлением. К большинству участковых врачей обращаются с просьбой произвести аборт; эти обращения носят часто массовый характер и реже отмечается незначительная обращаемость. При выяснении причин редкой обращаемости и даже отсутствия обращаемости к 10% всех участковых врачей, оказалось, что это об'ясняется, главным образом, тем, что не делают аборта, не обращаются за производством аборта национальные меньшинства, а именно: калмычки, мордовки, татарки, башкирки, киргизки, бурятки и, отчасти, немки. Все эти перечисленные нацменки (кроме немек)—мусульманки; они еще настолько темны и отсталы, в силу религиозных верований, что врачу с трудом удается получить от них разрешение произвести тот или иной осмотр и исследование при обращении вообще за медицинской помощью. Религиозные верования в данном случае имеют еще большое влияние на отрицательное отношение нацменок к аборту. Отсутствие у них абортов об'ясняется также громадной детской смертностью, ведущей некоторые из этих нацменьшинств даже к вымиранию. Поэтому бесплодие у некоторых нацменок считается позором.

Каковы же были мотивировки необходимости абортов крестьянок, обращавшихся за таковыми к участковым врачам?

Всего нами собрано 4.977 мотивировок. 33% всех мотивировок, указывают на материальную нужду. Это вполне понятно, ведь империалистическая и гражданская войны, голод 1921 г. и недород 1924 г., сильно подорвали и без того экономически слабое крестьянское хозяйство.

Вторая группа — 32% всех мотивировок — указывает, как на причины обращаемости за абортами, на многодетность, многосемейность, наличие грудного ребенка. Эта группа мотивировок тесно связана с первой группой, и тут экономические причины имеют большое значение. Очень интересны некоторые мотивировки. Так, один участковый врач заявляет: «женщинам стало совестно иметь много детей»; другой участковый врач приводит

---

[1]) См. А. Б. Генс «Аборт в деревне». Издательство НКЗ «Охрана Материнства и Младенчества» 1925 г.

слова одной крестьянки: «образованные давно не рожают, только мы дуры рожаем», или другое заявление крестьянки: «ведь вот горе, замучили дети, куда их деть, не надо бы более».

Третью группу мотивировок — 20% — дают внебрачные беременности— «девицы» и вдовы. Все еще держатся крепко устои крестьянской семьи; все еще является позором внебрачная беременность, она является «грехом», результатом «незаконного сожительства». И им, вдовам и «девицам», «совестно перед людьми», они боятся общественного мнения и родителей, боятся внебрачной беременности, которая в деревне считается большим позором, кладущим пятно на всю жизнь.

4-ая группа мотивировок — 12% — составляют медицинские показания к абортам. К этой же группе относится мотивировка аборта вследствие боязни предстоящих родов, так как прежние роды были очень мучительными.

В этой боязни, отчасти, сказывается беспомощность крестьянок при родах (вследствие слабой еще постановки у нас родовспоможения). И, наконец, последняя — 5-ая группа — 9% всех мотивировок — вызвана уже проникновением нового быта, вследствие того, что в крестьянской семье наступил перелом. Ненарушимость, «святость» церковного брака поколеблена и в деревне. Стали более частым явлением разводы, бросание жен и т. п. — все это признаки неустойчивости брака, распада прежнего уклада семейной жизни крестьянки.

Итак, материальная нужда, прежде всего, затем связанная с нею многодетность, затем внебрачная беременность, медицинские показания и распад прежней крестьянской семьи являются причинами обращаемости крестьянок за абортами к участковым врачам.

Перейдем теперь к выяснению вопроса относительно производства абортов в участковой больнице. Оказывается, что только в 904 врачебных участках он производится и по социальным и по медицинским показаниям, а в 113 участках аборт не производится. Таким образом, выясняется, что в большинстве врачебных участков аборт не производится. Отчасти в этих участках аборт не производится вследствие отсутствия больничных коек, отчасти потому, что больница не функционирует из-за отсутствия средств. В слишком 70 участках аборты не производились за отсутствием хирургических инструментов, что, конечно, временное явление, но изжить которое должны помочь наши работники.

Перейдем теперь к подсчету числа легальных, т.-е. больничных абортов в участковых больницах. Оказывается, что по 904 участкам произведено за 1922, 1923 и 1924 годы 55.532 аборта. По 364 участкам мы получили данные за каждый год отдельно. Оказывается, что по 252 участкам отмечается постепенный рост числа абортов за эти годы, и по 112 участкам уменьшение. Таким образом, можно считать установленным рост числа абортов среди крестьянок, но этот рост наблюдается не во всех районах РСФСР, наоборот, в некоторых районах количество абортов уменьшается.

Обратимся к числу внебольничных абортов, т.-е. начавшихся вне больницы, но потом попавших, вследствие кровотечения, в больницу. Эти больные с кровотечениями попадали, конечно, и к врачам сельских амбулаторий. Всего по 1.658 врачебным участкам поступило за 1922, 1923 и 1924 г.г. — 66.372 подпольных аборта. Таким образом, в общей массе, вследствие того, что в большинстве врачебных участков аборты не производятся, подпольный аборт превалирует над легальным.

При учете всех абортов мы выделили группу ответов, где указано число абортов за каждый год в отдельности.

Годы.	Легальные аборты.	Внебольничные аборты.	ВСЕГО.
1922 г.	10.060	10.676	20.736
1923 г.	13.997	14.296	28.293
1924 г.	16.771	16.712	33.483

Эти данные показывают, что число абортов, произведенных полностью в сельских больницах, и число внебольничных абортов, несомненно, растет. Отчасти, это, конечно, об'ясняется лучше поставленной статистикой абортов за последние годы.

Число смертных случаев от подпольных абортов нам известно постольку, поскольку эти случаи кончались в больнице или стали известны участковому врачу. Обычно много смертных случаев ускользает от учета, так как в деревнях родители и родные, как правило, к умирающей от преступного аборта врача не вызывают, боясь судебного следствия.

Всего за 1922, 1923 и 1924 годы в 854 участках было учтено 1.700 смертных случаев. Если принять, что в нашу разработку попало только 50% анкет от участковых врачей, то не будет преувеличением, а даже преуменьшением, если мы примем, что за эти три года было 3.000 смертных случаев от подпольных абортов. По тысяче смертных случаев в год! Если прибавить к этому сообщения участковых врачей, что редко подпольный аборт среди крестьянок кончается благополучно, что очень часто у них остаются тяжелые хронические заболевания на всю жизнь, то выясняется довольно безотрадная картина.

К кому же обращаются крестьянки с просьбой произвести подпольный аборт? Большинство вречей ответило, что крестьянки обращаются за подпольным абортом почти исключительно к бабкам, реже к акушеркам. Интересно, что все крестьянки, поступившие в участковую больницу с кровотечением после подпольного аборта, отрицают искусственность его и даже тогда, когда знают, что они умирают, не говорят, к какой бабке обращались.

Отчего крестьянки обращаются, главным образом, к бабкам? Прежде всего, конечно, потому, что большинство участковых врачей крестьянкам, в силу тех или других обстоятельств, отказывает в производстве абортов; затем крестьянка, в силу своей некультурности, смотрит еще на аборт, как на дело очень тайное; очень часто не обращаются к врачу, опасаясь разгласки своей тайны в больнице. Еще одна причина обращаемости крестьянок к бабкам состоит в том, что за получением разрешений на бесплатное производство аборта необходимо нередко поехать за 50—70 верст в уездный город, в уездную комиссию по выдаче разрешений на аборт, — куда многие крестьянки не в состоянии обращаться за безлошадностью, бедностью, и, кроме того, стесняются туда поехать, так как в деревне все равно узнают, зачем она поехала в город.

Несмотря на то, что бабки являются главными абортмахерами в деревне, все же только в 24 случаях смерти от аборта бабки были выяснены и отданы под суд, но из них многие еще находятся на свободе, а одна даже осуждена только условно, несмотря на то, что аборт кончился смертью.

По материалам участковых врачей удалось выяснить также, чем орудуют бабки для производства аборта. Оказывается, что они вставляют бужи, тычут вязальной спицей, зондом, прядильным веретеном, проволокой, даже каким-то образом пальцем, гусиным пером, крючком для застегивания

ботинок; дают выпить порошки пороха, сулему, хинин, шафран, метиленовую синьку и спорынью в больших дозах. Акушерки очень часто смазывают матку иодом. Часто крестьянки сами или при посторонней помощи вставляют в цервикальный канал морковку или корень просвирника, которые выполняют роль ляминария.

Теперь посмотрим, каково же отношение участковых врачей к уездным комиссиям по выдаче разрешений на аборт?

Участковые врачи указывают, что необходимость поездки в город для получения разрешения на аборт — сыграла и играет отрицательную роль в деле борьбы с подпольными абортами. Вполне справедливы указания участковых врачей, что это ограничение, эти поездки больнее всего отражаются на менее состоятельных крестьянках. Затруднения усугубляются тем, что громадное количество крестьянок из беднейших хозяйств не имеют лошадей для поездки в город. Участковые врачи считают, что не следует бояться передачи вопроса о выдаче разрешений на аборт в их руки. Они лучше всего знают местных жителей, местные условия, и, в сомнительных случаях, участковый врач может пригласить делегатку Женотдела для разрешения вопроса производства аборта в том или другом случае.

Что же предлагают участковые врачи для правильного подхода к разрешению положения вопроса об абортах в деревне?

Весь приведенный нами материал вскрывает перед нами подпольные аборты в деревне, как большое социальное зло. Десятки тысяч, а, может быть, и больше искалеченных на всю жизнь крестьянок от подпольного аборта и несколько тысяч жизней, прерванных рукой невежественной, некультурной бабки! К этим фактам нечего прибавлять, они достаточны для того, чтобы мы твердо проводили в дальнейшем нашу политику по вопросу об абортах в деревне в том направлении, чтоб сделать аборт доступной для крестьянки операцией. И участковые врачи почти единодушно считают, что прежде всего надо повести борьбу с подпольными абортами, путем их легализации и путем борьбы с бабками.

Нами приведены были материалы о положении вопроса об абортах в тех странах, в частности, в Германии, где борьба с абортами ведется путем репрессивных мер, где аборт находится в подполье. Мы выяснили, какие страшные опустошения производят подпольные аборты среди работниц и крестьянок в Германии и мы получили аналогичную картину среди крестьянок у нас, в сельских местностях, где 50 — 60% абортов находится еще в подполье. Мы пришли к выводу, что если рост абортов и имеется, то он, главным образом, отмечается среди городского населения, меньше — среди крестьянок. Мы должны признать, что легализация абортов не дает такой страшной картины, как существование подпольных абортов. Однако, мы не отрицаем опасности вреда и легального аборта, и, мы, естественно, предпочитаем сейчас же постараться резко уменьшить их число.

Товарищи, сейчас, сегодня, завтра мы можем к этому притти только путем распространения противозачаточных средств. На этот путь профилактики стал Отдел, и мы надеемся получить в этом направлении практические результаты. Этот вопрос прорабатывается сейчас в нашем Научном Институте и Отделом издается специальное руководство по практике в этой области для врачей.

На основании всего вышеприведенного материала, сжатого, по возможности, по условиям времени для докладчика, мы выдвигаем следующие положения:

1. В общем и целом, наша политика в вопросе об абортах правильна и оправдана жизнью.

2. Комиссии по выдаче разрешений на аборт должны расширить свои функции оказанием социальной помощи обращающимся к ним женщинам.
3. В участках комиссий организовывать не следует, а предоставить их права участковым врачам.
4. Пока наиболее действительной мерой борьбы с абортами являются советы по предупреждению беременности, которые должны быть введены в практику всех консультаций для женщин.
5. Необходимо широкое ознакомление женских масс, особенно крестьянок, одиночек и молодежи с советским законодательством о брачном праве и широкая юридическая помощь матерям.
6. Необходимо сосредоточить внимание на широком санитарном просвещении в деревне, особенно в области охраны материнства и младенчества.
7. Расширение сети консультаций для женщин — необходимая база для борьбы с абортами.

Резолюция по докладу.

1. С'езд признает, что декрет о легализации абортов оправдал себя и наша политика по отношению к абортам является правильной.

2. Констатируя, что в области абортов на селе основным угрожающим моментом является широкая волна подпольных абортов, калечащих и убивающих крестьянку, с'езд считает, что основной задачей в области абортов в деревне является борьба с подпольными абортами, путем создания больших возможностей для производства этой операции на врачебном участке. Участковые абортные комиссии должны быть ликвидированы, как организация нецелесообразная и излишняя в условиях деревенского быта.

Но общественный контроль над производством абортов в больнице должен быть сохранен в лице комиссий охрматмлада при вол., райисполкомах и сельсоветах.

3. Дальнейшее экономическое укрепление и развитие страны, популяризация нашего советского законодательства об алиментах, организация коммунального обслуживания семьи, организация учреждений по охране материнства и младенчества — скажутся в деле борьбы с абортами.

4. С'езд считает, что в деле борьбы с абортами в ближайший период наиболее существенным является ознакомление женщин через консультации для женщин и через гинекологические амбулатории с противозачаточными средствами, а также широкая социальная помощь нуждающимся в ней беременным.

Руководящие основания педагогики раннего детского возраста.

Проф. А. С. Дурново.

Как видно из заглавия моего доклада, я, в пределах предоставленного мне времени, должен в кратких чертах наметить те руководящие принципы педагогической работы с детьми раннего возраста, опираясь на которые практические работники в детучреждениях могли бы с наибольшей экономией времени и сил направлять свою работу в интересах детей и государства. Мой доклад, главным образом, построен на освещении вопросов воспитания применительно к условиям работы в детучреждениях, но значительная часть выдвигаемых мною положений, конечно, имеет непосредственное отношение также и к воспитанию детей раннего возраста в семье. Перед нами и по отношению воспитания детей раннего возраста встал во весь рост вопрос о проблеме рационального *социального воспитания;* соответственно этому мне предстоит сосредоточиться на принципах воспитания, на содержании работы и на методах.

Всем известно, что практикующийся в широких размерах медико-гигиенический уход за детьми раннего возраста, под которым по распространенному мнению во многих случаях разумеется воспитание младенцев, не обеспечивает в достаточной мере нормального развития ребенка, как индивидуума и как члена людского коллектива. Именно недостаток воспитания, понимаемого в более широком смысле, чем медико-гигиенический уход, сказывается в том, что дети в учреждениях закрытого типа обнаруживают всем очевидные признаки физической и умственной отсталости по сравнению с детьми семейными. Это приходится, как правило, наблюдать в массовых детских учреждениях, обычно неудовлетворительно оборудованных и бедных персоналом. Но даже в богато оборудованных учреждениях закрытого типа, с образцово организованной медико-гигиенической работой, с большим количеством персонала, но при отсутствии организованной педагогической работы и при недостатке дидактического материала, которым можно было бы в значительной мере пополнить недостаток естественных раздражителей в плоской жизни замкнутого в круг узких интересов и традиций закрытого медицинского учреждения, — в большинстве случаев можно наблюдать большое число детей с ярко выраженными признаками глубокой педагогической запущенности. Как бы убога не была семья в культурном и материальном отношении, она во всех случаях может быть признана более богатой в отношении дачи детям раздражителей для развития их нервной системы, для формирования жизненно важных приспособительных условных рефлексов по сравнению с богато оборудованными, специально медицинскими учреждениями для воспитания детей раннего возраста. В самом деле, быт с его

разнообразием в отношении смен красок, звуков и движений перед детьми, дает массовые толчки и для развития органов чувств, нервной системы вообще и, в частности, мозга; естественно предоставляемый материал из житейского обихода и большая возможность упражнять органы движения стимулирует развитие моторной сферы; естественные условия семейной жизни стимулируют также и развитие речи. Одним словом, в данном случае мы имеем перед собой более благоприятные условия, по сравнению с учреждениями закрытого типа, для формирования на основе врожденных безусловных рефлексов, по терминологии проф. И. П. Павлова, сложной системы условных рефлексов, которые теснейшим образом связаны с развитием коры головного мозга и проводящих нервных путей. Указанная мною сложная система условных рефлексов у человека по сравнению с другими животными отличается в том отношении, что сложность и разносторонность этих рефлексов у человека особенно велика; благодаря этому мы имеем перед собой те разнообразные и наисложнейшие виды поведения человека, которые дали основания говорить психологам о душе и душевной жизни человека в отличие от тела и телесных функций. Современная наука вместо этого противопоставления души и тела, как видно из мною приведенных фактов, подходит к изучению человека, и, в частности, ребенка, с совершенно другой стороны, а именно: в основе современного подхода к этому вопросу лежит материализм и монизм — вся совокупность психических проявлений животных и человека является ничем иным, как сложнейшей системой условных рефлексов, формирующихся благодаря личному опыту животного в приспособлении к условиям окружающей материальной и социальной среды. Эти условные рефлексы формируются у ребенка тем более успешно, чем большую самостоятельную активность обнаруживает он в приспособлении к среде. Одним словом, успешность развития ребенка зависит от наличия благоприятных условий для активного опыта ребенка, а не того пассивного, который нередко преобладает в учреждениях, где дети чрезмерно опекаются: при нормальной организации воспитания ребенок должен возможно более активно брать из окружающей среды материал для своего усовершенствования и приспособления для индивидуальной и коллективной борьбы за существование, и возможно меньше пассивно получать. Обеспечение ребенку наибольших возможностей брать и выбирать раздражители из окружающей среды и отвергать некоторые из них в зависимости от инстинктивных влечений и приобретаемых в личном опыте сложных условных рефлексов с теми целевыми установками, которые на основе того же личного опыта являются согласованными со средствами достижения, дает в итоге ребенку то, что из него вырабатывается человек, приспособленный для сложных индивидуальных и социальных функций применительно к сложным условиям жизни человеческого общества и соответственно направленности этой жизни. При построении системы воспитания детей раннего возраста нельзя упускать из вида и другую особенность человека по сравнению с животными. Животные, до обезьяны включительно, в своем развитии являются мало пластичными в отношении границ своих достижений: дойдя до известного уровня развития, все животные останавливаются на этой грани и в дальнейшем не обнаруживают того непрерывного прогресса в усложнении видов поведения и способов приспособления к меняющимся условиям существования, как это мы можем наблюдать у человека. Человек обладает, в отличие от других животных, исключительной пластичностью, исключительной подвижностью в накапливании вышеуказанных сложных условных рефлексов; процесс интенсивного накопления этих рефлексов сосредоточивается, по понятным причинам, главным образом, в детском возрасте, но он отнюдь не прекращается и в зрелом состоянии у нормально развивающегося человека. В этом и заключается способность человека к непрерывному совершенствованию. Ребенок ран-

него возраста особенно пластичен; этот факт не может не поставить перед всеми практическими работниками в детучреждениях вопроса об исключительной ответственности их работы, т. к. при несогласованных с научными предпосылками воспитательских приемов и при ограничении круга воспитательской работы одним лишь медико-гигиеническим уходом, эта пластичность ребенка раннего возраста или используется недостаточно для надлежащего развития детей раннего возраста, или используется неправильно. На-ряду с только что отмеченным мною нельзя забывать при построении системы воспитания детей раннего возраста того, что также может считаться твердо установленным: человек стал человеком с его современными наисложнейшими проявлениями жизнедеятельности благодаря тому, что его приспособление к борьбе за существование протекало в людском коллективе, формировавшемся, усложнявшемся и совершенствовавшемся на основе коллективных трудовых процессов, на основе разделения труда в семье и в других производственных группировках. На этой базе возникло и развилось до высокого современного уровня то огромное социальное, что столь существенно отличает человеческую жизнь от жизни других животных. В свою очередь, указанные мною социальные факторы сами по себе являются одним из самых могучих стимулов для развития нервной системы, человеческого организма вообще и его сложных функций. Таким образом, получается непрерывность взаимодействия врожденных особенностей ребенка и тех влияний внешней среды, которые именуются социальными условиями. Благодаря тому, что у людей из поколения в поколение накоплялись способности к адекватным реакциям на коллективную жизнь, благодаря тому, что неприспособленные к сложным социальным условиям индивидуумы вымирали так же, как вымирали неприспособленные к материальным условиям среды (климат, питание и т. п.), у человека из поколения в поколение вырабатывались навыки к коллективной жизни к кооперации и передававшаяся от предков к потомкам потребность в общении с окружающими людьми. Признаки подобной потребности можно наблюдать у детей буквально с колыбели. Эту врожденную потребность принято называть социальным инстинктом. Я не могу входить в подробный анализ понятия «инстинкт», но укажу лишь на то, что с рефлексологической точки зрения в инстинктивных проявлениях нет оснований усматривать проявлений какой-то таинственной силы (будь то «душа» или особая «жизненная сила»); инстинктивные действия следует рассматривать как сложные врожденные безусловные рефлексы, сформировавшиеся у данного животного вида (напр., у человека) в длительном процессе приспособления наших отдаленных предков к борьбе за существование, иными словами, возможность совершения тех или иных инстинктивных действий определяется врожденными особенностями нашей нервной системы. На основе различных инстинктов у человека с самого раннего детства формируются разнообразные условные рефлексы. При неблагоприятных условиях эти условные рефлексы без подкрепления повторным опытом могут ослабевать, или, как принято в рефлексологии называть подобное ослабление — могут «угасать». Чем более упражняется, напр., ребенок в пользовании в повседневной жизни приобретенными в его личном опыте условными рефлексами, тем более устойчивыми становятся эти рефлексы и тем труднее отучить ребенка от повторения подобных рефлекторных действий, если возникает, напр., нужда бороться с теми или иными вредными для ребенка привычными действиями.

Мною в начале настоящего доклада было указано на то, что в семье ребенок в большей мере обеспечен возможностью развития, чем в учреждениях закрытого типа вследствие получения большего количества разнообразных раздражителей извне, способствующих развитию высших нервных центров; но при усвоении этой безусловно правильной мысли не следует забы-

вать того, что массовая семья при низком культурном уровне ее членов способствует выработке у детей целого ряда тех условных рефлексов, которые, являясь отражением уродливо сложившегося быта, не редко являются явно вредными для детей.

Рассматривая ребенка с такой точки зрения, мы неизбежно подходим к монистическому и материалистическому обоснованию взгляда на каждого ребенка, как на закономерно развивающуюся и непрерывно действующую человеческую личность и при том, как видно из предыдущего, личность социальную. При всей пылкости фантазии мы не можем себе представить человека, оторванного от влияний окружающей социальной среды и от взаимодействий с ней, даже подобия Робинзона в современной жизни найти невозможно. Только что родившийся ребенок сразу попадает под перекрестное влияние окружающей его материальной и социальной среды. Последующее его общение с матерью, кормилицей, с няней, с другими взрослыми и детьми стимулирует социальную приспособленность ребенка, подталкивает как бы его развитие в сторону накопления навыков для организованной жизни в людском коллективе. При ближайшем рассмотрении и этих фактов мы приходим к тому же основному положению о целостной личности и ее реакциях. Если приглядеться к тому, как ставился вопрос об изучении ребенка раннего возраста и организации его воспитания психологами, врачами и педагогами, опиравшимися на суб'ективную психологию, на биологию, медицину и эмпирическую педагогику, то не трудно убедиться в том, что в былой постановке вопроса не доставало учета всей совокупности проявлений ребенка, комплексности и целостности в методике. Отголоски дробления личности при изучении ребенка и даже в планировании практической педагогики можно встретить и до сих пор: есть педагоги раннего возраста, которые рекомендуют для детучреждений специальные приемы развития органов чувств и определенно говорят о какой-то обособленной педагогике для развития органа зрения, слуха и т. д. Спрашивается — можем ли мы найти в реальной жизни живое существо (ребенка), который в тот или иной момент своей жизни только видел бы, или только слушал, осязал и т. д., не пользуясь одновременно и другими органами чувств? Я полагаю, что не только мы, взрослые, но и дети с самого раннего возраста воспринимают раздражители из внешнего мира комплексно различными органами одновременно при наличности последовательно усиливающегося регулирующего, комплексирующего и тормозящего значения коры головного мозга. Что чувствует младенец, что он переживает под влиянием тех или иных условий, мы не знаем; на наших глазах протекает жизнь ребенка, и мы видим его движения, слышим его крик и другие звуки и по этим реакциям на раздражители окружающей среды делаем заключение о потребностях ребенка, о ходе развития приспособлений для борьбы за существование, о развитии нервной системы и т. д. Мы не имеем ни возможности, ни оснований судить о переживаниях ребенка на основании своего личного опыта, т. к. вспомнить о своих переживаниях в раннем детстве мы можем очень мало и при том в большинстве не ранее, чем из возраста в 2½—3 лет. С точки зрения использования для целей воспитания об'ективный материал, получаемый на основе учета проявлений ребенка действиями, имеет, конечно, неизмеримо большую цену по сравнению с тем материалом, который мы можем получить, беря исходным пунктом предпосылки суб'ективной психологии. При этом следует иметь в виду то, что в практической жизни мы обычно наблюдаем, как я уже об этом говорил, не изолированные реакции на какие-либо изолированные раздражители (звуковые, световые и др.), а суммарные. Стоя на такой точке зрения, мы в Гос. Научном Институте Охр. Матер. и Млад. организовали педагогическую работу с детьми раннего возраста именно на рефлексологических, а не психологических предпосылках, и в трех отделе-

ниях закрытого типа, (I, II и XIV) вели систематические наблюдения за процессом формирования условных приспособительных рефлексов у детей от 1 года до 4 лет и в небольшом числе случаев до 7 лет. Некоторые результаты проведенной нами длительной работы вы видите на этих диаграммах. На основании данных этих диаграмм для вас представляется возможность наглядно усвоить развивавшиеся мною мысли о процессе формирования условных рефлексов у детей раннего возраста и о значении этих рефлексов для воспитательской работы. Мало этого, тотчас после моего доклада вам будет продемонстрирована фильма, на которой в сложных действиях детей от 1 года до 7 лет вы увидите еще более наглядно этот процесс. Действия детей, снятые нами в I, II и XIV отд. в условиях повседневной жизни без искусственного экспериментирования, закономерно изменяются по мере вырастания ребенка. На этой фильме видны отчасти и формы нашей педагогической работы и ее достижения, несмотря на то, что при с'емке детей мы преследовали цель зафиксировать на кино-ленте процесс формирования условных рефлексов, не стремясь к демонстрации педагогической работы, как таковой. Итак, перехожу к демонстрации этих диаграмм. Эти диаграммы построены для наглядного демонстрирования следующих цифровых данных.

При пробуждении детей после дневного и ночного сна обнаружено было следующее количество депрессивных и возбужденных состояний по возрастам: у детей годовиков — в 11,9% зарегистрированных случаев, у детей 2 лет — в 9,9%, у трехлеток — в 6,5%. Отсюда мы видим постепенное приобретение детьми устойчивости нервной системы. При детальном анализе этих данных обнаруживается следующая закономерность: количество обнаруженных у детей возбужденных состояний по возрастам колеблется в весьма небольших пределах, а именно: 1 год — 4,8%, 2 года — 5,2%, 3 года — 4,6%; совершенно иную картину мы видим при учете количества депрессивных состояний по возрастам: в данном случае с несомненностью можно утверждать, что по мере роста ребенка нервная система становится все более и более приспособленной для быстрого перехода от сна к активному бодрствованию с положительной эмоциональной установкой; в самом деле, количество депрессивных состояний с возрастом уменьшается в следующей прогрессии: 1 год — 7,4%, 2 года — 4,7%, 3 года — 1,9%. Иными словами, возбужденные состояния у детей, главным образом, связаны с конституциональными особенностями нервной системы и потому при большем числе наблюдений не дают ясно выраженных возрастных колебаний, между тем, как депрессивные состояния при пробуждении имеют явно выраженные возрастные колебания, что связано с происходящим процессом формирования приспособительных условных рефлексов. Не менее яркие закономерности формирования условных рефлексов нам удалось проследить по отношению к засыпанию и двигательной и речевой активности детей при засыпании, а именно:

	1 год.	2 года.	3 года.
	В процентах.		
Медленное засыпание (долее 30 минут).	6	17	34
Двигательная и речевая активность при засыпании	14	36	46

Из этих данных можно сделать по первому впечатлению печальный вывод: не влечет ли наша система воспитания появления у детей бессонницы? Но при более углубленном подходе к этим данным выясняется совершенно иное: по мере роста и по мере усложнения реакций у детей растет потребность в общении друг с другом и потребность в отреагировании пережитого за день. Таким образом, и в данном случае мы имеем дело с результатами накопления условных рефлексов, являющихся ответом на суммарные раздражители прожитого дня: медленное засыпание и речевая активность есть ни что иное, как суммарная реакция, характеризующая об'ективными показателями, выраженными в цифрах, уровень развития детей различных возрастных групп. Большой интерес представляет также установленная нами закономерность в постепенном уменьшении с возрастом реакций протеста при ночных высаживаниях детей на горшок, а именно: реакция протеста у годовиков обнаружена в 71% случаев, у двухлеток — в 57%, у трехлеток — в 26%. Эта закономерность в формировании условного рефлекса на высаживание особенно наглядно вырисовывается на той фильме, которую вы сейчас увидите. Первое высаживание у нас производится в 9 ч. 30 мин. вечера. У старших детей рефлекс на время является явно выраженным, у детей младших — он еще не успел сформироваться. Вы увидите, что в это время и в последующие ½ часа дети младшей группы крепко спят без малейшего движения, несмотря на то, что при с'емке в спальной дан был сильнейший свет, раздавался шум от вращения ручки кино-аппарата, происходило некоторое движение кино-техника, осветителя и режиссера и других лиц из персонала бывших тут же при с'емке, несмотря на принятые меры к тому, чтобы в помещении было возможно тише. Со старшей группой дело обстояло иначе. Ровно в 9 час. 30 мин. режиссер обратил внимание присутствующих на то, что ожидаемого рефлекса на время не обнаруживается. Это, по понятным причинам, несколько смутило бывших на с'емке воспитательниц, привыкших к тому, что в старшей группе им ежедневно приходится наблюдать привычную реакцию детей. Но через 3 минуты все облегченно вздохнули, когда дети начали ворочаться, а через 10 мин. на фильме фиксировались столь ярко выраженные движения всех детей, что у людей посторонних не оставалось ни тени сомнения в том, что в данном случае имелась налицо привычная суммарная реакция — условный рефлекс на время. На этой же фильме виден бурный протест против высаживания, связанного с насильственнным выниманием ребенка из кроватки на горшок у детей младшей группы и совершенно спокойное отношение детей старшей группы, которые даже сами спускаются с кроватки, сами садятся на горшок и сами влезают на кроватку для продолжения сна. На той же фильме вы увидите, как накопляются и усложняются условные рефлексы у детей с возрастом в связи с видимыми двигательными (в том числе и мимическими) проявлениями детей в играх и организованных групповых занятиях по лепке. Но при планировке и практическом проведении в жизнь намеченного плана воспитания детей раннего возраста нельзя ограничиваться учетом лишь общих возрастных показателей развития, но необходимо на-ряду с этим брать на учет и индивидуальные особенности детей. Насколько ярко отражаются индивидуальные особенности детей в их поведении и на ходе формирования приспособительных реакций, видно из следующих даннных на диаграмме.

Из данных другой диаграммы, характеризующей поведение отдельных детей при занятиях со строительным материалом, видно, что из 9 детей старшей группы отдельные дети довели до конца работу (т.-е. до предельного срока, когда занятие носило характер группового занятия) из общего числа зарегистрированных занятий, в которых принял участие каждый из этих детей, или в ничтожном % случаев, или наоборот в большом, а именно: Сережа, например, из 11 занятий довел работу до конца в 10 занятиях, а Нина

	Среднее для детей 2 лет.	Здоровый ребенок Ж. Л. 2 лет.	Ребенок невропат. Шура Ф. 2 л.
	В процентах.		
Медленное засыпание	11	1	25
Двигательная и речевая активность	36	25	29
Депрессивные и возбужденные состояния при пробуждении	9,5	4,0	26,0

наоборот, из 9 занятий до конца довела начатую работу лишь в одном случае, а в остальных случаях она бросила работу раньше, чем коллектив распался. Между этими крайностями на этой диаграмме видны переходные типы индивидуальной работоспособности, выявленной в организованных групповых занятиях различными детьми. Возникает важный в теоретическом и практическом отношении вопрос: с чем мы имеем дело в данном случае — с проявлением тех конституционных особенностей отдельных детей, от которых зависит различная степень утомляемости отдельных детей, различная степень отвлекаемости, различная степень развития торможений в коре головного мозга и т. д., или же мы имеем дело с отражением различных влияний внешней и в частности социальной среды? Совершенно является несомненным, что в различных конкретных случаях мы имеем дело с различными степенями влияния на поведение ребенка факторов биологических и социальных. Вообще же по вопросу о соотношении влияний этих двух факторов на ход развития ребенка, особенно в применении к делу воспитания детей раннего возраста, представляющих из себя особо пластичный материал, можно установить, как несомненное, следующее: неблагоприятные внешние условия, и особенно социальные условия, могут резко деформировать, исковеркать ребенка с богатейшими природными задатками, а благоприятные условия могут наоборот поднять на значительную высоту развитие ребенка, от рождения обладающего теми или иными неблагоприятными предрасположениями (конечно, кроме крайних степеней подобных предрасположений). Но под благоприятными условиями, которые могут претендовать на такие результаты, отнюдь нельзя разуметь одни лишь такие внешние условия как гигиена помещения, доброкачественное и достаточное питание, правильный уход и т. п. В данном случае должна итти речь о «стройной последовательно проводимой системе воспитания». Для достижения подобных результатов необходимо, чтобы эта система воспитания была *целостна* и основана на определенных руководящих научных предпосылках, а не на одном лишь «опыте», который для практических работников часто кажется особенно привлекательным и отвлекает их внимание от более углубленного подхода к воспитанию. При организации педагогической работы с детьми раннего возраста никогда не следует

забывать того самого главного, на что я обращаю с большой настойчивостью ваше внимание: педагогическая работа должна опираться на ясно усвоенные руководящие принципы и во всех без из'ятия случаях должна быть далека от проведения в жизнь каких-либо конкретных рецептурных методических указаний, как это не редко приходится встречать не только в жизни детучреждений, но и в педагогической литературе. Раз воспитатель или врач овладеет основательно руководящими принципами, в конкретных случаях организации педагогической работы он сумеет ориентироваться и сможет критически отнестись к совершенным ошибкам, абсолютно неизбежным в столь сложном деле, особенно в начале деятельности. Это особенно важно иметь в виду и потому еще, что, как бы вы не организовали совершенно педагогическую работу в учреждении или в семье, какую бы благоприятную среду вы не создали, жизнь так сложна и многогранна, что она неизбежно будет вносить различные новые комбинации, из которых значительная часть окажется далеко не благоприятствующей для разрешения намеченных вами задач рационального воспитания. Надо во время уловить появление этих деформирующих моментов вообще и в частности надо своевременно уловить отражение этих моментов в поведении детей, надо суметь оценить удельный вес этих влияний и соответствующим образом реагировать на это, приняв необходимые меры для изменения условий окружающей детей среды. Это вмешательство должно быть согласовано с особенностями данного учреждения, отдельных детских групп, отдельных детей, воспитательского и медицинского персонала и т. д. Никакая педагогическая рецептура в подобных случаях не поможет. К числу подобных деформирующих моментов, часто не могущих быть предусмотренными, можно отнести появление в детучреждении той или иной инфекции, которая может резко изменить налаженную педагогическую работу. На той же диаграмме, где графически охарактеризована работа детей со строительным материалом, вы видите следующее: в младшей группе I и II отд. нашего Института, в которой воспитывавшиеся дети по паспортному возрасту были от 1 до 2¼ лет, а по общему уровню развития были неизмеримо более однородными, в декабре 1924 года были начаты организованные занятия со строительным материалом; первое занятие длилось всего 3 минуты, после которых дети по своей инициативе стали отходить от работы, второе занятие длилось уже 5 минут, следующее еще долее и т. д.; в феврале средняя продолжительность этих занятий, как видно из диаграммы, достигла максимальной величины — 17 минут, а затем сразу резко упала до 9 минут, держалась некоторое время около этого уровня, а затем постепенно стала нарастать, достигнув летом снова до 17 минут и даже увеличившись до 19 минут. Столь резкое изменение работоспособности детей зависело от занесения в отделение коклюша; по мере того как дети стали поправляться (особенно в связи с наступлением лета и переездом на дачу) работоспособность их постепенно восстанавливалась. Как мы должны смотреть на этот рост продолжительности работы детей со строительным материалом? Из предыдущего ясно, что в данном случае мы имеем дело с тем же процессом формирования условных рефлексов и ослаблением уже сформировавшихся рефлексов под влиянием неблагоприятных условий, отразившихся на состоянии нервной системы данной детской группы.

Отсюда ясно, что рационально организованное воспитание должно учитывать всю совокупность факторов, влияющих на развитие детей. Такой подход к проблеме воспитания является подходом педологическим, т.-е. основанным на непрерывной ориентировке, процессе повседневной воспитательской работы и в уровне развития детей и в степени соответствия уровню развития детей и их особенностям применяемых приемов воспитания.

Переходя к вопросу об общем направлении воспитания, я особо хочу подчеркнуть следующее: правильно организованное воспитание должно иметь в своей основе определенную целевую установку: без руля и без ветрил подходить к воспитательской работе совершенно недопустимо. Между тем в жизни нам приходится в огромном числе случаев наблюдать, что воспитание детей раннего возраста ведется именно без руля и без ветрил. Разве можно не согласиться с тем, что в отношении целевой установки большинство воспитывающих лиц живут интересами сегодняшнего дня, прибегают к тем или иным воспитательским мерам под влиянием случайных обстоятельств, впадают в своих приемах в противоречия, мешают ребенку сформировать те условные рефлексы, о которых я говорил выше, и способствуют тому, что во многих случаях заведомо полезные рефлексы начинают у детей при беспринципности воспитательской работы постепенно угасать? С уверенностью можно сказать, что многие дефекты поведения детей, так глубоко огорчающие и родителей и воспитателей, являются результатом нелепого и беспринципного воспитания. Например, случаи наблюдающегося даже в раннем возрасте онанизма в большинстве случаев должны быть отнесены на грубые промахи в организации воспитания; на основании опыта двухлетней работы в I и II отд., где проводится в жизнь целостная система воспитания, я могу констатировать следующие факты: приходящие к нам дети онанисты из других отделений, где не ведется педагогической работы, быстро перестают онанировать без всяких специальных мер, а лишь под влиянием применяющейся системы воспитания.

В основу рациональной организации воспитания надо положить организацию среды и в частности организации жизни детского коллектива при максимальной индивидуальной и коллективной самодеятельности детей. Мало этого, необходимо поддерживать связь со всей окружающей детучреждение средой, без чего невозможно рассчитывать на нормальное развитие детей. В этом отношении держащий в напряженном состоянии и врачей и воспитательский персонал страх перед заразными заболеваниями не должен столь резко влиять на тип жизни детучреждений, как это мы наблюдаем сейчас. Видный педиатр проф. Черни категорически заявляет, напр., что напрасно в столь сильной степени бояться заразных заболеваний для детей, жертвуя успехом воспитания, т. к. по его мнению опасность заражения в конечном счете все же менее страшна, чем искалечение на всю жизнь ребенка неправильным воспитанием. А неправильным воспитанием, как видно из предыдущего, прежде всего следует считать изоляцию детей от жизни. Если мы будем последовательно развивать выдвинутую нами мысль о реалистическом направлении воспитания, об абсолютной необходимости установления живой связи детучреждений с окружающей жизнью, то при ригоризме и прямолинейности мало вдумчивых руководителей воспитанием детей раннего возраста имеется определенная опасность крайностей, заведомо опасных для детей и безрезультатных в отношении формирования у детей необходимых для жизни условных рефлексов. Общение и организованная связь с окружающей материальной и социальной средой должны также индивидуализироваться, как и другие виды воспитательских мер во избежание переутомления детей дачей им непосильного материала для работы, во избежание занесения инфекции благодаря недостатку здоровой предусмотрительности у руководящего персонала и т. д. В частности, широкое приобщение детей раннего возраста к сложным перипетиям напряженной общественной жизни должно регулироваться при посредстве вдумчивого учета уровня развития детей и их подготовленности к восприятию лишь совершенно конкретного и простого.

Возвращаясь к вопросу об особенностях воспитывающей обстановки детучреждений по сравнению с семьей, после всего вышеуказанного будет для

вас совершенно понятной тщетность достижения правильного и полного развития детей в учреждениях закрытого типа без внесения существеннейших изменений в их организацию. Белые стены, такого же цвета кроватки, халаты персонала, отсутствие игрушечного материала при одновременном отсутствии и того бросового материала, которым богата всякая семья, — все это вместе взятое, независимо даже от роли изоляции учреждений от жизни, не дает детям самого важного для нормального развития — не дает материала ни для упражнения органов чувств и органов движения, ни для проявления той творческой самодеятельности, без которой никакой речи не может быть о мало мальски сносном воспитании. Все вы прекрасно знаете, что на игрушки наиболее распространенным является взгляд, как на забаву. Такой взгляд является верхом научной безграмотности и полного непонимания даже с житейской точки зрения того, чем и как живет ребенок. Следует твердо усвоить ту мысль, что в детских играх заложены корни сложных трудовых процессов взрослого человека, что детские игры стимулируют общее развитие детского организма. Подобно тому как нельзя себе представить работы столяра без стамески и топора, так столь же не мыслимо представить себе ребенка, будущего взрослого работника, без присущих его возрасту орудий производства, а игрушки для ребенка — являются именно орудиями производства. Если взрослые по невежеству или небрежности игнорируют эту потребность ребенка, он сам находит выход из затруднительного положения, используя различный бросовый материал, не редко заведомо вредный, напр., в гигиеническом отношении. Игрушки для развития ребенка являются не менее важными, чем предметы одежды, питания и пр.

Для правильной организации воспитания необходимо иметь подходящий персонал, отчетливо разбирающийся в основных положениях воспитания на био-социальных предпосылках, освещенных мною в общих чертах в предыдущем изложении. Мало этого, персонал должен представлять из себя стройную организацию, об'единенную единством задач, согласованностью в методах работы и привычкой к критическому отношению к своей работе во избежание появления того самодовольства, которое ясно вредно для движения вперед в столь новом деле, как педагогика раннего возраста. В частности, те детучреждения нашего Института, на опыт которых я неоднократно ссылался, путем длительной и настойчивой организационной работы в конце концов обеспечили себя сотрудниками, спаянными единой идеей, единым планом и преданностью нашему пионерскому делу, несмотря на целый ряд внешних неблагоприятных условий. Наши воспитатели, в своем повседневном общении с детьми, являются организаторами детской среды при активнейшем участии самих детей во всех процессах дня, в которых является посильной активное участие детей при наличном уровне их развития. Мы ставим дело так, что дети приучаются с раннего возраста к различным видам самообслуживания. На той фильме, которая будет вам демонстрирована, вы увидите проходящих перед вами детей в процессе непрерывного самостоятельного творчества, с разнообразными проявлениями сотрудничества, взаимопомощи, в процессе организованных действий. Наши воспитатели отнюдь не поводыри для детей, а по существу — товарищи в общем деле. Коллективизм здоровый и посильный для детей того возраста, в котором биологически неизбежно обнаруживается ярко выраженный егоцентризм, пронизывает всю жизнь наших детей.

Для того, чтобы воспитательская работа с детьми раннего возраста в детучреждениях закрытого типа могла пойти по тому пути, который мною указан, совершенно необходимо в круг воспитательской работы ввести организованные занятия групповые по рассказыванию, лепке, рисованию, работу со строительным материалом, а также экскурсии в поле, в лес, в мастерские и в другие места трудовой жизни человека. Такие занятия у нас ведутся

вполне организованно, но без какой-либо внешней регламентации и без какой-либо фиксации времени этих занятий: и в этом отношении индивидуализация конкретных условий играет решающую роль. Кроме того, в нашем детучреждении дети, как только начинают ходить, начинают вести известные посильные для них общественные функции в виде несения так называемых дежурств. На той же фильме вы увидите, как ребенок, еще не овладевший координацией движений своих ног дежурит, разнося и раздавая детям кусочки хлеба. Эти дежурства детьми несутся с совершенно исключительным интересом, являясь по существу игрой. В результате такой постановки работы у детей вырабатываются определенные социальные установки в их поведении, и коллективизм поддерживается самими детьми вне активного вмешательства воспитательского персонала, кроме тех случаев, когда требуется такое вмешательство для предупреждения или устранения тех или иных вредных моментов в жизни детской группы или, напр., для устранения заведомо опасных моментов в борьбе детей и т. п.

Для правильной организации детской жизни огромное значение имеет развитие речи у детей, как одного из самых могучих средств выявления социальных склонностей. В этом отношении организованные групповые и индивидуальные занятия с детьми имеют большое значение. Отсутствие педагогической работы в учреждениях закрытого типа для детей раннего возраста, как правило влечет за собой то, что в отношении речевой активности эти дети являются резко отсталыми по сравнению с детьми семей. И в нашем учреждении мы были свидетелями этого уродливого явления даже тогда, когда педагогическая работа уже была начата, но она не представляла из себя еще той целостной системы воспитания, которая у нас имеется сейчас. В конце 1924 года мы вплотную подошли к выработке мер для стимулирования развития детской речи и ввели намеченные меры в общий план педагогической работы. Результаты получились именно те, на которые мы теоретически расчитывали: в отношении речевой активности дети стали неузнаваемы. Я не могу подробно останавливаться на организационной и методической стороне вопроса, но обращу ваше внимание на одну из диаграмм: посмотрите, как велики индивидуальные различия в овладении отдельными детьми теми 81 словами, которые служили для нас своего рода шкалой; оказалось, что при одних и тех же условиях воспитания дети одного и того же возраста успели овладеть одни всеми 81 словами, а другие только 50—60 словами, как видно из этой диаграммы, в числе отставших в отношении речевой активности имеются, с одной стороны, дети вообще менее одаренные, а с другой — те дети, которые позднее поступили в наше отделение и не успели еще изжить своей педагогической запущенности. Останавливаясь еще раз на индивидуальных особенностях детей, я вместе с тем хочу особо подчеркнуть то, что при последовательном проведении в жизнь определенных принципов воспитания, и при согласованности в работе всего персонала, индивидуальные дефекты отдельных детей, под влиянием организованного детского коллектива, как нам показал опыт, безусловно слабеют, а яркие проявления отдельных детей не подвергаются той обезличивающей нивеллировке, которая всегда устрашала противников социального воспитания.

Что касается работы с грудниками, то она, конечно, имеет свои особенности, но вместе с тем, те руководящие основания, которые мною освещены в настоящем докладе, имеют прямое отношение и к педагогической работе с грудными детьми, но при этом следует особо подчеркнуть два момента: рефлексологический подход к наблюдению за поведением грудного ребенка является еще более убедительным, чем для детей старших групп, а с другой стороны, опять с той же рефлексологической точки зрения, вопросы режима, регулирования детской жизни во времени, в порядке и формах кормления, в распределении часов дня между сном и бодрствованием и т. д. для грудников

представляют особенно большое значение. Что касается игрушечного материала, как дидактического, то сказанное выше имеет также то же значение и для этой группы детей, но с той разницей, что для этого возраста в несколько большей мере требуется материал для стимулирования развития органов чувств и органов движения, как таковых. Но при установлении этого последнего факта отнюдь не следует делать из него столь соблазнительного вывода о создании *искусственной* обстановки в отношении дачи раздражителей ребенку на основе претензий на точную дозировку. Надо не забывать того, что ребенок чем меньше, тем в большей мере он может быть деформирован в нежелательную сторону искусственной обстановкой, которая, при современном состоянии науки еще не может быть точно урегулирована соответственно потребностям ребенка и намечающимся лишь в общих чертах законам формирования условных рефлексов в грудном возрасте.

В заключение необходимо остановиться на особенностях педагогической работы в учреждениях открытого типа — в яслях и консультациях. Этого типа детские учреждения должны иметь большую возможность, по сравнению с учреждениями закрытого типа, активно влиять на дело воспитания младенцев вне учреждений. Идеи рационального воспитания детей раннего возраста должны пронизать всю толщу окружающего населения и, конечно, в первую очередь массы матерей, воспитывающих своих детей в полном смысле слова без руля и без ветрил. В этом отношении большую работу могут организовать ясли, устанавливая живой контакт с окружающей средой, а с другой — консультации, быстро завоевывающие себе действительно руководящую роль в направлении действий матерей в деле ухода за грудными детьми. Совершенно очевидно, что в дальнейшей эволюции этого большого дела неизбежно будет расширить задачи консультаций за пределы ухода, в сторону дачи советов по вопросам рационального воспитания детей в том углубленном виде, как это обрисовано мною в этом докладе.

Для того чтобы организация воспитания младенцев была согласована с общими целями социального воспитания в СССР, необходимо, с одной стороны, установление вполне организованных связей между органами, руководящими делом преддошкольного и дошкольного воспитания, а с другой — такой перевод детей из учреждений Охр. Матер. и Млад. в дошкольные учреждения, который не зависел бы от различных случайностей. Во главу угла должно быть поставлено стремление к согласованию сущности воспитательской работы в учреждениях для младенцев и для дошкольников соответственно целям социального воспитания в СССР. Возникает вопрос, какие же практические выводы можно сделать из настоящего доклада.

Я утверждаю, что при правильном, в принципиальном отношении, подходе к построению педагогики младенчества в учреждениях закрытого и открытого типа, при отчетливом усвоении персоналом того или иного детучреждения основных руководящих принципов рационального воспитания, даже в убогих условиях действительности, где-либо в провинции, можно приступить к педагогической работе, не задаваясь в начале работы широкими целями и не претендуя на быстроту получения тех или иных больших достижений. При правильном подходе к вопросу, можно быть уверенным, достижения будут, но надо в каждом отдельном случае подходить к вопросу реалистично, не витая в облаках, а придерживаясь все время твердой почвы. Та работа, с которой я вас познакомил в общих чертах, также велась в условиях весьма скудного снабжения, но при наличности хорошо подобранного персонала и наличности специального руководства. Для начала работы на местах, несомненно, понадобится несколько изменить направление работы и ввести в детучреждения соответствующий дидактический материал, пригласить хотя бы одного педагога или еще лучше одно лицо с педологической подготовкой, знакомое с работой с детьми раннего возраста, но все это можно организо-

вать исподволь. Для детального ознакомления как с принципами воспитания на педологических основаниях, которые мною кратко освещены в настоящем докладе, так и с практическими формами педагогической работы на этих основаниях, вы можете воспользоваться нашим коллективным трудом, только что вышедшим в печать «Основы педологии и педагогики младенчества». Вопросу о том, что является наиболее важным в организационном отношении и в отношении снабжения, для подхода к практической педагогике в учреждениях для детей раннего возраста, посвящен следующий за моим докладом доклад А. Д. Митиной и Н. М. Аксариной «Педагогическая практика в учреждениях для детей раннего возраста». На этом я кончаю свой доклад.

Педагогическая практика в учреждениях для детей раннего возраста.

А. Митина и Н. Аксарина.

Цель нашего доклада — познакомить работников охраны материнства и младенчества с организационной и практической стороной педагогического дела в учреждениях для детей раннего возраста. Первой основной задачей воспитания является воспитание у детей необходимых навыков, полезных как для самого индивидуума, так и для коллектива. Коллективизм и активизм. — Эти два положения должны занимать центральное место в нашей практической педагогической работе и каждое педагогическое мероприятие, каждый педагогический подход должен расцениваться, как минимум, вызывающий активность и самодеятельность ребенка, как средство к формированию полезных привычек и как стимул, способствующий также развитию коллективистических навыков.

Кроме того, мы не должны забывать, что большая часть вышеуказанных навыков должна приобретаться в раннем детстве, т.-е. с начала нашей жизни. А, поэтому, на вопрос — нужны ли воспитатели-педагоги для детей раннего возраста, нуждается ли младенец помимо медико-гигиенического ухода и в педагогическом воспитании, ответ может быть только один: ребенок нуждается не только в физическом уходе, но и в разумно организованном воспитании. За последнее время эти идеи проникли и в самые отдаленные уголки наших провинций. Все чаще и чаще в наши московские учреждения Государственного Научного Института провинция командирует на несколько дней, а иногда и на месячный стаж своих преддошкольников для ознакомления с педологической работой учреждения.

Система воспитания детей раннего возраста должна быть вполне согласована с законами их развития и педагог, приступающий к этой работе должен иметь некоторую теоретическую подготовку, ибо научно обоснованный метод воспитания должен основываться не на интуиции педагога, а на знании психофизических особенностей ребенка. Самым главным и существенным в воспитании младенца является организация режима, организация так же внешней среды, как материальной, так и социальной, т. к. здесь широко используется стремление ребенка изучать окружающую его обстановку путем восприятия ее внешними органами чувств.

Переходя теперь непосредственно к теме нашего доклада, нужно сказать, прежде всего, несколько слов о помещении и прилегающей к ней усадьбе.

Независимо от того, будет ли детское учреждение в городе или деревне, необходимо для помещения иметь дом-особняк или, в крайнем случае, помещение совершенно изолированное от других квартир, с окнами на южную

сторону. Очень желательно, чтобы дом нашего ребенка был одноэтажный, что дало бы возможность детям наблюдать из окон жизнь и движение улицы. При детском доме необходимо иметь свой участок земли, лучше если это будет сад, обеспечивающий возможность проведния с детьми на свежем воздухе организованных занятий и свободных игр. А, для принятия летом солнечных ванн, в имеющемся саду желательно иметь открытую для солнца песочную площадку, которая помимо вышеозначенной цели могла бы служить удобным местом для проведения игр с водой и песком. Хорошо также иметь при доме домашних птиц и животных для детального ознакомления с ними детей.

Детские комнаты, особенно игралки, в которых дети с году проводят большую часть дня, должны быть сухими, светлыми без резкого колебания температуры и обязательно просторными, дающими ребенку широкий простор для организаций различного вида игр и для развития его двигательной сферы.

При достаточном количестве комнат в детском учреждении желательно иметь для каждой детской группы отдельную игралку, столовую, спальню и комнату для умывания и высаживания. Каждая из этих комнат должна быть соответствующим образом оборудована. Преобладающий в наших учреждениях белый цвет стен, стульчиков, столиков и кроваток утомляет глаз ребенка своим однообразием и не дает стимула к развитию чувственных восприятий, а также и к развитию эстетического чувства. Мебель желательна цветная, но в то же время не режущая глаз пестротой и обилием красок. Кроме того, для создания уюта в детских игралках нужно иметь комнатные цветы, набор фанерных картин, низко развешенных на стенах, отвечающих интересам и запросам ребенка данного возраста, вышитые лано, гирлянды зелени, скульптурные изображения, детские ширмочки, которые помимо уюта могут служить для детей хорошим убежищем, для уединения при утомлении от детского коллектива и проч. Из специального оборудования для детей-ползунков и начинающих ходить с опорой, необходимо иметь для развития двигательной сферы каталки, низкие барьерчики, туго натянутые веревки, или гладкие отполированные шесты. Для детей ходячих — необходимой принадлежностью игралки является горка, стоячие отлогие лесенки, детский домик с игрушечной внутри мебелью, служащий для тех же целей что и ширмочки для малышей. Что касается мебели, то она должна быть, сравнительно, легка и изящна и строго согласована с ростом ребенка. Кроватки в спальнях младших групп не должны быть скучены (между ними должны свободно устанавливаться детский столик или тумбочка для принадлежностей туалета), со свободно опускающимися по бокам решетками. Кроватки старшей группы должны быть низкими с тем, чтобы ребенок мог самостоятельно на них ложиться. В комнате для умывания необходимо иметь один большой умывальник с несколькими кранами и со сточной раковиной, приспособленной для самостоятельного умывания ребенка. Низко прибитые полочки с вешалками для детских полотенец и индивидуальных кружек для полоскания рта и чистки зубов. Стол для вытирания подмытого ребенка, полочка для предметов ухода и проч. Детская одежда должна быть, с одной стороны, легкая и удобная, не стесняющая движений ребенка, а с другой различного цвета и различных фасонов для воспитания у детей эстетического чувства.

Переходя далее к группировкам детей, необходимо отметить, что при распределении детей по группам следует руководиться не возрастом, а общим состоянием их развития. Принимая же во внимание то, что психическое развитие детей тесно связано с состоянием его двигательной сферы, в целях организации педагогической работы, следует группировку детей производить по двигательным уменьям, подбирая, таким образом, более одно-

родный коллектив. Кроме того, считаясь с неустойчивым состоянием нервной системы у детей раннего возраста, а в связи с этим утомляемостью детей в большом детском коллективе, как показывает опыт, наиболее благоприятной средней величиной каждой группы следует считать 10 детей.

Воспитатель, работая в группе из 10-ти человек, вполне может регулировать жизнь детского коллектива, проводить те, или иные групповые занятия, во время предупреждать могущие возникнуть нежелательные конфликты в группе и т. д. и т. д.

Относительно режима учреждений для детей раннего возраста можно сказать следующее:

Для детей годовичков и даже 11-ти месячных мы вводим уже 4-х разовое кормление. Примерно, в 8 час. утра дети получают первый завтрак, в 12½ ч. дня обедают, после дневного сна в 4 час. вечера получают 2-ой завтрак и около 7 час. ужинают. Таким образом 4-х разовое кормление является для детей от года до 3-х лет вполне достаточным, что подтверждается и об'ективными данными — нормальным весом, упитанностью детей и проч. Что же касается сна, то надо сказать, что кроме ночного 11-часового сна, обязателен дневной сон в пределах 2½ час. Необходимы также регулярные высаживания на горшки после каждого кормления в часы детских игр, приблизительно, через каждые 1½—2 часа и высаживания ночью в 10 час. и в 1 час. Медикогигиенический уход в наших учреждениях сводится к следующему: 1) ежедневные подмывания ребенка утром и вечером, 2-х разовые еженедельные купанья, при чем для каждого ребенка надо иметь для купанья индивидуальную рукавичку. Кроме того, каждый раз перед едой ребенок должен мыть руки, тщательно после каждой еды умываться, при этом желательно, чтобы умыванье после еды предшествовало высаживанию на горшки, во избежание неряшливого вида и пачканья грязными руками своего костюма. Необходимо также проводить с детьми ежедневные прогулки, представляя при этом ребенку широкую возможность в ознакомлении с окружающей средой. Вся педагогическая работа во время проведения процессов дня должна быть направлена на содействие ребенку в приобретении культурно-гигиенических навыков, активности и самодеятельности. Привитие культурно-гигиенических навыков достигается путем регулярных высаживаний детей на горшки, частым предложением ребенку днем сходить на горшочек, немедленной сменой белья, если ребенок окажется мокрым или грязным, частой сменой платья при загрязнении, вытиранием стола при пролитой пище и т. п. мероприятиями.

Привитие социальных навыков достигается:

1) Наиболее целесообразной группировкой детей вообще и более детализированной группировкой детей грудников во время их бодрствования.

2) Побуждением больших детей к оказанию помощи более младшему или слабому ребенку.

3) Обращением внимания детей на обиженного товарища. Установлением порядка раздачи самими детьми кем-либо принесенного лакомства, втягиванием детей индивидуалистов в коллективные игры и т. д. Кроме того, учитывая исключительную подражательность ребенка, стремление к самостоятельности, нужно не только предоставить широкую возможность в развитии этих сторон, но давать также и нужные образцы для подражания, поощрять стремление детей к самодеятельности, как-то — к самостоятельному умыванию, чистке зубов, вытиранию лица полотенцем, одеванию, раздеванию, уборке своего платья и проч. Кроме того необходимо давать ответственную элементарную общественную работу, каковыми для наших детей являются ежедневные дежурства во время кормления. В младших группах они сводятся к раздаче хлеба и нагрудников, а в старших — к накрыванию на стол перед каждым кормлением.

4) Раздача дежурным материала при групповых занятиях, дача «ответственных» поручений и проч. Перед уходом на прогулку или перед обедом и ужином дети всего коллектива должны убирать игралку, собрать свои игрушки, расставить столы и стульчики. Все вышеуказанные мероприятия проводятся в пределах сил и возможностей ребенка, отнюдь не насилуя его интересов.

Стимулом для активной работы и творчества является соответствующим образом организованная среда: подбор игрушек, отвечающий интересам и запросам ребенка, подбор дидактического материала, организованная работа на огороде, поливка цветов, сбор летом камней, шишек, грибов, мха, организованные экскурсии, дающие богатый материал для подражательных игр и т. д.

Но на-ряду с коллективными приемами воспитания в учреждениях для детей раннего возраста, должны иметь место и индивидуализация педагогических подходов, что особенно необходимо для детей грудных в воспитательном отношении. По отношению к этим детям должна быть строгая оговоренность в подходах воспитательского коллектива. Наиболее часто в наших учреждениях встречаются дети нервные, легко возбудимые, негативисты, онанисты, с навязчивыми и автоматическими движениями. Каждый из этих детей с той или иной ярко выраженной индивидуальностью нуждается в особо продуманных педагогических мероприятиях. Так, например, дети нервные нуждаются в частом отдыхе от шума деского коллектива в тихой обстановке, в уютно обставленной комнате, нуждаются в профилактических мероприятиях в коллективе, а во время нервного возбуждения в предоставлении самому себе, в игнорировании.

К негативистам не следует применять требований в форме прямых приказаний или насилия, так как последнее может повлечь за собой еще более обостренную форму негативизма. С онанистами, если причины этого явления лежат в неправильно организованной педагогической работе, а это чаще всего, необходимо усилить надзор, незаметный для самого ребенка, обеспечить в играх интересным для него материалом, проводить возможно чаще индивидуальные занятия, вовлекать в регулярные групповые занятия, одевать на ночь штанишки и как исключение, давать в кроватку ребенку игрушку, чаще и больше давать пользоваться свежим воздухом и т. д.

Опыт показывает, что все выше-перечисленные мероприятия ведут к быстрой ликвидации тех или иных нежелательных индивидуальных отклонений от нормального хода психо-физического развития ребенка.

Могущественнейшим средством в воспитании детей является игра. В игре ребенок упражняется в пользовании органами чувств, органов движения нервной системы и организма в целом, результатом чего является прогресс общего развития.

Только играя ребенок познает окружающую его среду, только играя он совершенствует свою моторную сферу, научается координировать свои движения и подражая в игре трудовым процессам взрослых, приобретает полезные навыки, необходимые для его будущей трудовой жизни.

Играя ребенок часто делает то, что для взрослого является скучным и не интересным, но в то же время обязательным трудом.

Наша задача — задача воспитателей научить ребенка играя трудиться и мы видим в своих учреждениях, что ребенок с большой радостью несет обязанности дежурного, с радостью приходит на помощь или товарищу, или воспитательнице; охотно убирает комнату, извлекая закатившиеся игрушки из всех углов, с готовностью убирает за собой после еды посуду и самостоятельно умывается и мы часто слышим при этом со стороны детей предупредительные возгласы: «сама, сама». Но для игры необходимо обеспечить ребенка соответствующим материалом. Игрушка для ребенка и является

таким необходимым воспитательным средством, дающим возможность в порядке выявления творческой инициативы вносить многочисленные вариации в игровой процесс, приобретать элементарные навыки к труду и пользоваться игрушкой, как своего рода, орудием производства. Отсюда вытекает чрезвычайная важность введения в педагогику раннего возраста и широкое использование для развития ребенка игры и игрушки.

Большой процент невропатов, онанистов, негативистов, сосущих пальцы и вообще отсталых в своем психо-физическом развитии дают учреждения, где отсутствуют игрушки.

— «Бытие определяет сознание» — это положение Маркса как нельзя более применимо при воспитании детей.

Организация среды, окружающая жизнь взрослых, их поведенеие, характер их труда и проч., все это ребенок в своем детском возрасте, являясь исключительно подражательным существом, впитывает в себя как губка и в дальнейшем будет несомненно представлять собой сколок той среды, в которой его воспитали. А поэтому является в высшей степени необходимым серьезный и продуманный подход к организации этой среды. Необходимо для ознакомления детей с трудовой жизнью взрослых, с миром животных и растений, проведение разнообразных прогулок той или иной группы. Эти прогулки и экскурсии с одной стороны расширят круг представлений ребенка, с другой, обогатят детские свободные игры новыми видами подражания.

Мало того, организованные экскурсии по сбору шишек, камней, грибов и проч. материала, сплачивают детский коллектив в общей работе и способствуют развитию социальных навыков. С тою же целью, т.-е. для достижения наибольшей организованности коллектива для внесения элементов дисциплины и для стимулирования общего развития детей с ними в возрасте от года до 3 лет возможно и необходимо вести систематические групповые занятия (рисование, лепка, работа со строительными материалами, беседы по об'ектам живой или мертвой природы, беседы по картинам, скульптурным изображениям и т. п.).

Мы не имеем, к сожалению, времени остановиться на рассмотрении планов перечисленных занятий (они в настоящее время находятся у нас на выставке), но считаем необходимым сказать, что подобного рода занятия должны проводиться в известной последовательности в отношении предлагаемого детям материала и, кроме того, материал этот должен отвечать интересам и соответствовать уровню развития ребенка.

Помимо групповых занятий необходимо с некоторыми детьми проводить занятия и индивидуальные. Необходимость подобного рода занятий выдвигается тем, что часто в учреждениях для детей закрытого и даже открытого типа, встречаются дети — невропаты, педагогически запущенные, или отягощенные тяжелой наследственностью, нуждающиеся в индивидуальной работе с ними. Занятия эти должны проводиться в особо оборудованной для этой цели комнате, по заранее установленному плану, в зависимости от цели, которую ставит себе воспитатель. Дети же с резко выраженными степенями физической и умственной дефективности, а также дети с резко выраженной невропатичностью не должны смешиваться для воспитания в одном учреждении с детьми нормальными, так как такое смешение может повлечь за собой дезорганизацию всего детского коллектива. Дефективный ребенок своим поведением будет оказывать вредное влияние на здоровых, вследствие высокой подражательности наших малышей.

Во избежание вредной для общего развития травматизации детей, при частых переводах из одного учреждения в другое, или из одной группы — в другую, в руки новых воспитателей, с другими приемами воспитания, следует прибегать к подобным переводам с большой осторожностью, тщательно индивидуализируя каждый случай.

Учет всей педагогической работы должен вестись по определенной схеме, в виде группового дневника, выявляющего в конечном итоге практическую педагогическую работу воспитателя и влияние тех или иных педагогических приемом на общее развитие детей, и организацию детского коллектива. Подобного рода дневник должен содержать в себе минимум вопросов, необходимых для повседневного учета наиболее важных моментов, а именно: учет материалов и социальной среды с выделением педагогических мероприятий и реакцией детей на эти мероприятия. Для грудных же детей необходимо ведение индивидуальных дневников, при чем, принимая во внимание крайне ограниченное количество персонала в провинциальных учреждениях, индивидуальный дневник не должен претендовать на исследовательские цели, а исключительно должен являться руководящим началом в практической работе педагога.

Для общего подытожения педагогической работы и выявления целостной личности ребенка, желательно, по возможности, составлять краткие характеристики всех детей. Составление же подобных характеристик для детей грудных в педагогическом отношении является обязательным. В организационном отношении, жизнь детского учреждения для разрешения задач практической педагогики, должна вылиться в следующие формы. Средняя продолжительность продуктивной педагогической работы не должна превышать 6 часов в день при одном выходном дне в неделю. Большая нагрузка, чем 6 часов при максимальном напряжении всех сил воспитателя повлекла бы за собой понижение тонуса работы, что вредным образом отозвалось бы на общем состоянии детского коллектива — с одной стороны и повлекло бы так же подрыв сил воспитателя — с другой.

Количество детей в группе ни в коем случае не должно превышать 15 человек, при большем количестве педагог не сможет регулировать жизнь детского коллектива, а кроме того, большая перегруженность группы губительным образом отзовется на состоянии нервной системы детей. Каждая группа детей должна быть обеспечена постоянным персоналом, прикрепленным к ней для повседневной работы. Смена персонала будет вносить перебои в работе и, кроме того, встретятся затруднения в установлении единства в подходах к ребенку.

Для установления необходимого синтеза педагогической и медицинской работы и для устранения возможности срыва всей педагогической работы *не педагогом,* функции сестры и воспитательницы должны быть об'единены в одном лице — сестры-воспитательницы. Практически последнее может быть достигнуты путем поднятия квалификации сестер до уровня воспитательницы на педагогической работе без вредных для дела постоянных отрывов от детской группы. Необходимо иметь в группе няню для текущей технической помощи воспитательнице, хотя бы в определенные моменты дня. Няня несет исключительно техническую работу при непосредственном руководстве воспитательницы.

Для постоянного инструктирования воспитательского коллектива в педагогической работе желательно, чтобы каждое учреждение для детей раннего возраста, имело в составе своего персонала лицо с педагогической подготовкой. В крайнем случае инструктирование этого лица можно распространить на небольшой район.

Общее же направление всей работе в учреждении, для детей раннего возраста должен давать заведующий врач, устанавливающий внутреннее согласование всех видов обслуживания детей в медицинском и педагогическом отношении.

Для установления единства в текущей воспитательской работе в детском учреждении должны регулярно устраиваться педагогические совещания,

посвященные разбору вопросов практической, медикогигиенической и педагогической работы под руководством врача и инструктора.

Педагогическая работа в яслях должна вестись по этой же схеме, но с видоизменениями, диктующимися учетом перекрестного влияния на детей семейного и ясельного воспитания. Для успеха дела должна быть установлена с педагогическими целями живая связь ясель с семьей.

Настоящее сообщение, к сожалению, за недостатком времени не освещает детально всех затронутых вопросов по практической педагогике.

Много практических указаний для работников с мест может дать только что вышедшая из печати книга «Основы педологии и педагогики раннего детского возраста» под редакцией проф. А. С. Дурново.

Педагогическая работа с детьми до года.

А. А. Файвусович.

Идея о необходимости воспитания детей с момента рождения не нова, но только революция 17 года действительно дала возможность приступить к этой работе. Педагогическая работа с детьми в возрасте до 1 года насколько нам известно, в некоторых местах ведется. Но результаты этой работы пока неизвестны. Естественно, что коллектив нашего учреждения частично повторил ошибки других и прибавил свои. Мы нашу работу строили на основании об'ективных наблюдений над реакцией детей в естественных условиях внутри учреждения, а также на основании наблюдений над их поведением в домашних условиях. Только наблюдения над реакциями небольшой группы детей не дают, конечно, права строить практическую работу, а тем более делать определенные выводы и мы при организации педагогической работы, использовали все, что наука дала о ребенке, в частности рефлексологию.

Теперь перехожу к самому докладу. Вопрос о влиянии среды на ребенка, значении биологических и социальных факторов стал общим местом, поэтому я об этом говорить не буду. Перед нами стоял вопрос, какую же именно среду нужно организовать для ребенка до года. Все что сейчас нам дает наука об изучении нервной системы ребенка до года, указывает, что к этому времени у него уже развиты ассоциативные пути, все анализаторы готовы функционировать. К этому же времени интенсивно идет развитие и моторно-двигательной сферы. Если это так, то мы делаем педагогический вывод, что ребенок к 1 году может и должен ознакомиться с основными физическими законами, т.-е. изучить форму предмета, его вес, тяжесть и цвет. Отсюда, если мы примем во внимание, что для ребенка до года игралка и все остальные комнаты учреждения являются тем миром, который он изучает, мы должны сделать практический вывод, что эти комнаты для детей особенно данного возраста должны быть оборудованы с возможно большим разнообразием.

Принято до сих пор в учреждениях для детей до года употреблять мебель однообразного типа, определенной формы, определенного размера; мы, после нашего опыта, считаем это неправильным и частично даже вредным, потому что это суживает горизонт ребенка. Мы за этот год, насколько было возможно, старались эту мебель разнообразить, вводили круглые столики, квадратные, скамейки разной высоты и разной конструкции. Наши наблюдения над детьми показали, что только при наличии естественных условий, дети действительно могут усвоить и ознакомиться с основными физическими свойствами предметов, и тем самым избавиться от необходимости того искусственного дидактического материала, который, к сожалению, до

сих пор имеется, а кое-где даже впервые вводится в учреждениях для раннего возраста.

Данные науки нам говорят, что человеческий детеныш выгодно отличается особой способностью приспособляться или, как мы говорим, наличием ориентировочного рефлекса. С нами согласятся (это тоже стало общим местом), что чем у ребенка эта способность больше развита, тем больше оснований предполагать, что в будущем он станет более ценной личностью. Мы делаем второй вывод: наша задача в организации обстановки заключается не только в том, чтобы сделать обстановку разнообразной, но и динамичной. Как бы ни была прекрасно организована игралка и другие комнаты учреждения, мы считаем необходимым от времени до времени менять обстановку. Здесь встает вопрос, как при нашей бедности, когда нам приходится по году ждать какого-нибудь столика, можно менять эту обстановку? Но, когда мы говорим об изменении обстановки, мы имеем в виду не только замену одних предметов другими, но даже новые размещения их. Для взрослых, особенно для тех, которые непосредственно не наблюдали детей, это кажется странным. Но мы определенно убеждены и можем доказать, что для ребенка изменение положения предметов по отношению друг к другу создает совершенно новый мир и заставляет его снова упражнять все его исследовательские способности и открывать по своему новые законы. Наши наблюдения убедили нас, что если у нас был тот или иной раздражитель, который коллективом детей данной группы был вполне изучен, изжит, то стоило его переставить, например, выше или ниже, и он приобретал для детей новый интерес и опять начиналась над ним исследовательская работа.

Третий пункт, который мы кладем в основу организации обстановки— это удобство ее для работы взрослых. Само собой понятно, что, заказывая мебель или специальные пособия, мы прежде всего принимаем во внимание интересы развития ребенка: интенсивность его мускульных движений, особенную активность его поведения, но мы должны принимать во внимание и коллектив взрослых, т.-е. выяснять в какой степени та или другая часть мебели позволяет экономить движения и энергию взрослых. Я особенно это подчеркиваю, потому что, до сих пор об этом вопрос не поднимался. Опыт, который мы имеем, дает нам положительные результаты и указывает нам насколько важно и ценно при организации детской обстановки считаться с этим фактором.

Теперь я перехожу ко второму вопросу, составляющему часть этого целого — к подбору тех детских пособий или игрушек, которые даются непосредственно в руки ребенка. Мне приходится работать в яслях, так что, кроме своих наблюдений, мы имеем еще материал, полученный от матерей. Разговоры с матерями и наблюдения над детьми в их домашней обстановке, нам показывают, что ребенок даже до года проявляет исключительное внимание к трудовым процессам. Наши наблюдения показали, что дети 11 и даже 10 месяцев требуют у отца пилу и просят, чтобы он вместе с ними пилил, берут у отца молоток и пробуют прибивать гвозди. Конечно, в учреждении, особенно до года создать такие трудовые процессы невозможно. Но мы считаем, что этот пробел необходимо пополнить тем, что частично в нашу среду, в детские учреждения могут быть введены некоторые орудия производства, конечно, примитивные: щетка, молоток, разумеется, деревянные. Подтвердило нашу мысль и то, что, получив материал, дети даже до года без наводящих примеров взрослых в учреждении в точности повторяли те процессы, которые они видели дома и с большим интересом над этим работали. Этот опыт подтолкнул нашу мысль к тому, чтобы те игрушки, которые вводились у нас, и которые выставлены на выставке, т.-е. специфические детские игрушки, насколько это возможно, заменить настоящими пред-

метами. Вы увидите в наших учреждениях целые коллекции медных тазов разной формы, корзин разной величины, коробок и ящиков . . .

Все эти предметы мы даем детям для игры в известное время, в определенно организованном порядке, и наблюдение над ними показало, что именно эти большие предметы, имеющие жизненно реальное значение, вызывают исключительный интерес у детей. Большие предметы имеют еще ценное значение и потому, что ребенку труднее брать их в рот. Мы знаем, что ребенок до года с обычною игрушкою знакомится, главным образом, языком и только величина предмета как-то отвлекает ребенка от желания исследовать его ртом и направляет его совершать над ним другое действие. Это очень ценно. Обычные игрушки сохранились у нас, главным образом, для детей до 6 месяцев. Эти игрушки индивидуальные для каждого ребенка. Когда же эти игрушки давать? Если уже мы условились, что процесс игры есть серьезная работа и, что игрушка есть предмет для изучения, то нужно сделать вывод, что ребенок должен работать тогда, когда его нервная система готова для этого. Наиболее благоприятным моментом для игры мы считаем время после сна и после кормления. Я это обстоятельство подчеркиваю, так как до сих пор игрушкой злоупотребляют, дают ее ребенку, когда он плачет, т.-е. когда его нервная система непригодна для работы.

Дальше вопрос о количестве игрушек. Точно указать цифры невозможно. Этот вопрос требует тщательного научного изучения, но кое-какие выводы мы имеем по этому вопросу. Для ребенка 3—4 месяцев мы даем одновременно только одну игрушку. После этого периода, приблизительно до 6 мес., дается одновременно 2 игрушки, а дальше количество увеличивается, но больше 4-х оно не достигает. Исключение составляют наборы игрушек, как, например, вкладных чашек, набор тазов, которые не рассеивают внимания ребенка. При подборе игрушек нужно принять во внимание возраст. Это у нас проработано, но подробно на этом я сейчас не буду останавливаться, а перейду к вопросу о приборах. Мы считаем необходимым для учреждений ввести особые приборы для развития двигательных умений. Нам врачи говорят, зачем особенно ускорять развитие двигательных процессов. Не беда, если ребенок на 2—3 мес. опоздает в этом отношении, но если мы учтем, какая связь существует между нервной системой и двигательными умениями, то поймем, как важно для учреждений раннего возраста дать приборы для развития движений. Мы знаем, что не только в учреждениях закрытого типа, но и в яслях дети в отношении двигательного умения отстают от детей, воспитывающихся исключительно в семье. Беспричинно ничего не происходит и помощь ребенку в виде определенных приборов нужна. Конечно, приборы должны соответствовать определенной стадии развития двигательных умений. Первый прибор для развития хватательных умений — кольцо, большое, тонкое, подвешенное. Мы его даем с 3 месяцев и хотя старые психологи утверждают, что хватательные умения начинаются с 6 мес., но мы определенно видим, что уже к 4 мес. хватательные движения, выражаясь старым языком «вполне сознательные» уже имеются.

Второй прибор, дающий навыки использовать мышцы, нужные для сиденья. До сих пор в учреждениях это составляло трудный вопрос. В домашней обастановке в известной степени это облегчается тем, что ребенка берут на руки, так как мы не можем этого осуществить, то нужно вместо рук что-нибудь создать для этой цели и мы придумали подушки, которые служат опорой, и с начала 6 мес., если у ребенка мышцы подготовлены, мы на короткое время усаживаем его в такие подушки со специально устроенным столиком. Третий вводится прибор, помогающий ребенку подниматься. До сих пор в учреждениях для этой цели служил манеж. С нашей точки зрения манеж для этого не пригоден. Мы считаем, что уже с 7 мес., когда ребенку нужно ползать, манеж является вредным. Если ребенок умеет ползать, он

готов знакомиться с пространством, а манеж его ограничивает, не дает ему этой возможности и поэтому мы манеж заменили специальным барьером, перегораживающим комнату, с горизонтальными и вертикальными палочками. Дальше идет последняя подготовительная стадия к самостоятельной ходьбе. Для этого вводятся особые каталки, и специальная горка для детей, начиная с 8—9 мес. Интересно, что дети, которые самостоятельно не ходят, пользуются горкою, держась за перила, начинают подыматься по ступенькам.

Вот в основных чертах те необходимые условия, которые мы выставили для нормального развития ребенка; результаты показали, что наши дети в отношении двигательных умений не только не отстали от детей, находящихся дома, но и значительно их превзошли.

Я перехожу к другому вопросу, очень спорному, хотя предыдущий оратор мне значительно его облегчил — к вопросу о коллективе для грудного возраста. Наши наблюдения над детьми показали, что уже с 2 мес. ребенок совершенно различно реагирует на социальные и другие раздражения. Игра ребенка значительно изменяется от того обстоятельства, играет ли он сам или рядом с ним находятся дети. Принимая во внимание нашу целевую установку — создание рефлекса на коллектив, начиная с грудного возраста, мы социальный инстинкт использовали для развития этого рефлекса. Вопрос о коллективе чрезвычайно важный именно для грудного возраста. Организуя коллектив, мы должны учитывать численность и типы детей. Конечно, специальный подбор детей по конституциональным признакам в наших учреждениях невозможен. Но мы можем и должны сделать группировки внутри учреждений по определенным признакам. Этим вопросом мы в прошлом году занялись. Схематически мы делим детей на 3 группы: на детей с пониженным тонусом, пассивных, это большей частью дети, которые слабо реагируют на игрушки и другие раздражители, с тенденцией сосать. Противоположный им — второй тип детей, с повышенной, ненормальной реакцией, большей частью они много кричат и быстро перебегают от предмета к предмету. Третий тип детей, который мы считаем нормальным — это дети активные, с преобладающим бодрым настроением. Этот средний, нормальный тип детей мы в качестве воспитателя время от времени давали то одной, то другой группе. Время от времени, начиная с 3 мес. мы соединяли ребенка нормального с ребенком пассивным. То же самое мы производили и с детьми второй группы, при чем часто первое время, об'единяя пассивного ребенка с активным, мы пассивному игрушки не давали, а давали только возможность наблюдать за игрой другого ребенка. Тоже самое мы проделывали и с другими группами. Результаты оказались хорошие. У большинства, прибывших к нам пассивных детей, через некоторое время отмечалось повышение жизненного тонуса (сюда не входят дети слабые исключительно физически, пассивность которых об'ясняется их физическим состоянием). Дети нервные в значительной степени успокаивались от игры в присутствии других здоровых детей. В отношении детей старшего возраста после 7 мес., поскольку они сами передвигаются, наши возможности создавать перегруппировки в значительной мере ограничиваются, но при правильной работе кое-что и в этом отношении можно сделать, — и мы это сделали. Надо организовать игралку, расставить и установить мебель так, чтобы создать отдельные места. Мы против искусственных закрытых уголков, но считаем нужным и необходимым рассекать помещение и так размещать раздражители, чтобы группа в 10 человек всегда имела возможность естественно делиться на небольшие группы. Такая работа в отношении коллектива в конечном счете дала очень большие результаты.

Другой частью социальной среды является коллектив взрослых. Какую роль мы должны играть в работе с детьми грудного возраста? В большинстве

грудных отделений сестры работают быстро, механически, как заведенные машины, они обслуживают детей молча. Не приходится говорить, что такое поведение сестер, вредно действует на детей, задерживая особенно их психическое развитие. Мы от такой работы отказались. Наши сестры-воспитательницы, подходя к ребенку 2 мес., разговаривают с ним, избегая лишних слов, улыбаются. Я особенно хочу подчеркнуть, что если колллектив взрослых имеет значение для детей, то для наших детей грудного возраста он имеет еще большее значение.

На основании большого опыта с детьми грудного возраста я смело могу сказать, что нигде наши движения, наши улыбки, выражение лица в такой степени не изменяют поведение ребенка, как именно в этом возрасте. Потому то поведение наших работников особенно ответственно. Вопрос о том, в каких случаях мы должны быть активными, в каких пассивными — для нас является основным и чрезвычайно важным.

Мы детский день делим на 2 части: период, когда ребенок не утомлен, когда его нервная система находится в благоприятных условиях. В такие моменты, я уже говорила, мы в организованном порядке даем систему раздражителей. В этот момент мы взрослые непосредственно возле детей быть не должны. Мы знаем насколько социальные раздражители привлекают детей. Они идут в этом отношении по пути наименьшего сопротивления и отказываются от исследовательской работы. Это не значит, что в этот момент мы пассивны. Мы не признаем ни внутренней, ни внешней пассивности. Именно в этот момент воспитательница особенно зорко должна следить за работой ребенка. Время от времени она должна забирать один раздражитель, заменять его другим, тем или иным движением, делить группу детей, в общем без конца следить за работой ребенка.

Другой момент — момент неблагоприятный (таких моментов очень много в жизни детских учреждений, особенно для детей грудного возраста). Этот момент — утомление детей, когда они по тем или иным причинам получают психическую травму — например, приход чужих детей, или когда ребенку или группе детей необходимо преодолеть особое препятствие, например впервые подняться, сделать первый шаг — в этот момент мы считаем необходимым, чтобы взрослый, кто бы он ни был, непосредственно был возле ребенка — больше того, чтобы он брал его на известное время на руки.

Вот основная линия поведения, которую мы установили в отношении детей. Остается сказать несколько слов о режиме. Из фактов, определяющих режим, я здесь остановлюсь только на организации детского сна. До сих пор врачи говорили и сейчас говорят, что ребенок сам определяет, когда ему нужно спать и бодрствовать, и взрослые в этот процесс не должны вмешиваться; наши наблюдения показали, что это неправильно. Часто ребенок продолжает играть, особенно если он получил сильный и интересный для него раздражитель, тогда, когда его нервная система совершенно утомлена к концу дня, — вдруг является исключительное возбуждение, капризы и т. д., результат неправильной установки. Нервная система не всегда сигнализирует немедленно о своем утомлении, а потому по внешним реакциям ребенка мы не можем отметить его своевременно.

Наши наблюдения показали, что ребенок до 6 месяцев приблизительно за полчаса до кормления начинает проявлять признаки беспокойства. К моменту, когда приходит мать, чтобы его кормить, он сильно накричится и утомится, и в первый же момент кормления засыпает. Врачи указывают, что сон не мешает сосательным движениям. Но наши наблюдения показали, что оно правильно только в отношении некоторых детей; сосательные движения у многих детей во время сна или значительно ослабевают или прекращаются и часто матери приходится во время кормления будить ребенка.

Что касается детей старшего возраста, то правда, за полчаса до кормления они еще способны играть, но зато если детей укладывать непосредственно после кормления, то вдруг у них проявляется необыкновенный под'ем энергии. Вам, как практическим работникам, хорошо известно, каких трудов стоит справиться с разбушевавшимися детьми, которые почти в течение трех четвертей часа, а иногда и больше проявляют свою энергию, пока, наконец не улягутся. Эти данные заставили известным образом нас изменить порядок укладывания. Мы, насколько это возможно, стараемся укладывать детей младшего возраста до 6 месяцев так, чтобы они спали до кормления, и наоборот, после кормления днем даем им 15—20 мин. поиграть. В отношении детей старшего возраста, после 6 мес., мы после приема пищи даем ребенку возможность полчаса поиграть. Исключаются, насколько возможно, резкие движения, уменьшается вообще количество их. Результаты от этого получились хорошие. Я забыла указать, что количество сна в наших учреждениях мы считаем необходимым давать максимальное. В этом отношении мы сильно отличаемся от всех московских учреждений. У нас ребенок до 6 мес. спит 3 раза в день, от 6 мес. до году — 2 раза. Такие опыты, по нашим наблюдениям дали вполне удовлетворительные результаты. В то время как все учреждения (я это определенно утверждаю) дают утомление, наш режим дал возможность в известной степени избавиться от этого недостатка.

Теперь последнее, на чем я хотела остановиться, это то, что вопрос о сне является не только вопросом педагогическим, но и вопросом физиологическим и последнее слово принадлежит физиологии, но пока те данные, которые имеются в физиологии не противоречат нашим.

Педагогическая работа в детских учреждениях п/отдела охрматмлада в гор. Москве.

Е. Г. Бибанова.

Цель моего доклада — познакомить с педагогической работой детских учреждений Охраны Материнства и Младенчества Мосздрава, т.-е. яслей и домов младенца г. Москвы.

Прежде чем говорить о конкретном содержании нашей работы, необходимо осветить те основные положения, на которых она строится.

Эти положения таковы:

1. Наша работа не есть нечто изолированное, но является первым звеном в общей системе коммунистического воспитания, а потому и цели наши совершенно одинаковы с таковыми у всех педагогов Советской России, а именно: мы должны развить в детях активность, коллективизм, дать материалистическую установку и привить трудовые и гигиенические навыки.

2. Особенность наша заключается лишь в том, что мы начинаем, мы закладываем первый фундамент и это делает нашу работу особенно ответственной.

3. Вторая наша особенность в формах нашей работы, которые отличаются от форм работы с детьми старших возрастов. Обуславливаются эти формы той стадией развития, на которой находятся наши дети, в период до трехлетнего возраста. Поэтому, кроме общих основ педагогики, нам нужна особая методика, нужны не педагоги вообще, а педагоги методисты по работе именно с ранним детством.

Чтобы внести в высказанные положения некоторую ясность, позвольте на ряде примеров показать, какое содержание вкладываем мы в общие понятия, активизм, коллективизм, материализм и трудовые навыки в применении к нашему возрасту и что понимаем мы под своеобразием форм работы.

Для развития активности одинаковым положением для всех педагогов являются такие общие правила: не делать за ребенка того, что он может сделать сам, возможно меньше окружать его жизнь запрещениями, дать содержание его активности соответственно его интересам. Таковы общие положения, но конкретные формы работы будут зависеть от возраста ребенка, пола, среды и т. п. Например: ребенок 6 месяцев имеет потребность в перекатываниях, переворачиваниях своего тела — отсюда педагогическая организация среды должна заключаться в предоставлении ребенку свободной и удобной площади для перекатывания. Ребенок с году встает на ножки — нужно дать соответствующие точки опоры. Ребенок может надеть сам чулки, ботинки, платье, но нужно очень тщательно методически проработать те свойства, которые должна иметь одежда, чтобы с ней мог справиться ребенок, и не только одежду, но самую обстановку для туалета. Посадите ребенка на

высокий стул и он ничего не наденет, дайте низкую скамейку, а младшим — просто подстилку на пол и дети наденут без всякой помощи.

У девочки очень рано пробуждается материнский инстинкт в форме игры в куклы: нам нужно пробудить в ней активность, мы дадим ей куклу, а раньше просто палку, завернутую в тряпку, мальчику же для той же цели дадим палку, как орудие, для того, например, чтобы продеть ее в колесо.

Дети домов младенца, учреждений закрытого типа, отстают в развитии речи, мы должны организовать их общение с детьми старшими и хорошо говорящими, а для детей ясель такое нарочитое соединение с этой целью может явиться совершенно излишним. Такой же особенностью будет отличаться наша работа в области развития исследовательских и познавательных инстинктов в нашем возрасте: уже одно особенное свойство наших детей исследовать предметы сначала ртом, затем руками, обязательно ощупывая, должно поставить такие методические вопросы, о которых не может быть и речи скажем у дошкольников, когда ребенок уже начинает доверять больше своим глазам, чем наши малыши.

Развитие коллективизма.

Здесь нам приходится иметь дело с двумя заблуждениями, глубоко вредными для дела. Первая — мысль о том, что коллективизм следует развивать только после трех лет и второе — мысль, что само пребывание ребенка в коллективе уже развивает коллективизм. И та и другая мысль — заблуждение. Социальный инстинкт пробуждается уже на первом году жизни, а следовательно требует условий для своего развития, а неправильная организация коллектива создает у детей такие конфликты на почве социальных взаимоотношений, которые дают потом отклонения, называемые у нас моральной дефективностью и социально вредным элементом. Но сицальный инстинкт в период до трех лет отличается крайней динамичностью, переживает много стадий развития и к этим стадиям необходимо приспособляться педагогу. Всякое игнорирование этого момента обязательно даст болезненные уклонения в развитии инстинкта. Стадии касаются и форм взаимоотношений между детьми, и количества нужных ребенку товарищей и, наконец, продолжительности этого общения, и, конечно, совершенно ясно, что вся работа не может иметь те же формы, что имеет она в работе с дошкольниками и школьниками. Мы на определенной стадии развития, скажем, для примера, в 10 месяцев, можем говорить о коллективе всего в 2 человека, а у школьников коллективы могут быть в сотни детей. Мы можем говорить об общении в течение 2—5 минут, а у школьников это общение выражается в нескольких часах под ряд. Формы общения: у наших детей своеобразная социальная игра, к трем годам формы сотрудничества, сочувствия и все крайне примитивно, в дальнейшем же эти примитивные формы настолько осложняются, что можно уже говорить о кружках, комиссиях, собраниях и т. д. Отсюда ясно, что и педагогическая работа будет носить совершенно иные формы.

Состав групп в наших учреждениях большой и перед нами важная методическая задача: так соорганизовать этот коллектив, чтобы не получалось утомления от него и связанных с этим уклонений от нормального развития коллективизма. Методика, выработанная нами, показывает, что можно многое в этом отношении сделать.

Но в связи с развитием коллективизма есть еще один важный вопрос: это конфликты ребенка со взрослыми, те конфликты, которые находятся в связи с приспособлением ребенка к культурным условиям жизни. Этот процесс приспособления особенно труден для детей нашего возраста и именно на этой почве создается целый ряд острых конфликтов с окружающими. Помочь ребенку пройти этот необходимый этап без острых конфликтов можно только проработав вопрос методически, применительно к нашему возрасту.

По развитию материализма.

На первый взгляд кажется странным, о каком материализме может итти речь в применении к маленькому ребенку. Конечно, мы не говорим здесь о материализме, как о миросозерцании, но со всей серьезностью однако ставим вопрос об установке на материализм и именно для нашего возраста. Чем она создается? Прежде всего реальными представлениями о реально существующем, доступном уровню понимания ребенка. В этом отношении собственный опыт — лучший учитель и наша задача — создать ребенку обстановку, позволяющую ему этот опыт применять. Именно в самом раннем возрасте мы не имеем права давать нашим детям сказку ни в каком виде, когда он не может еще отграничить реальное от несуществующего, мы не имеем права населять мир тем, чего в нем нет — не должно быть ни бук в темной комнате, ни дядей, сажающих в мешок непослушных, ни боженек, карающих за капризы и награждающих за примерное поведение. А ведь это все широко практикуется именно в раннем детстве, когда ребенок легко верит всему, что говорят ему. Но не только это. Ребенок еще в младенческом возрасте может воспринимать не одни отдельные явления из окружающего, но и улавливать связь явлений между собой, их изменчивость, но в каждом месяце своего существования в различной сложности. Если методически правильно проработать этот вопрос, учитывая стадии развития детского мышления, проводить в этом отношении планомерную работу, мы уже к трем годам создадим у детей ставку на реальность и на этой основе в дальнейшем может образоваться материалистическое мировоззрение. Пример: для ребенка 6 месяцев разрывание и комканье бумаги есть уже реальное ознакомление с миром, для детей на третьем году жизни обращение льда в воду, картофель сырой, его варка и картофель вареный есть уже наглядное знакомство с изменчивостью явлений, связи явлений между собой. Не может быть, конечно, никаких сомнений в том, что и в этом отношении работа с маленькими детьми совсем не похожа по форме на работу с детьми старшими, хотя целевая установка у педагога одна и та же.

Приобретение трудовых и гигиенических навыков.

На этом вопросе можно остановиться кратко, ибо тут своеобразие наших форм работы слишком ясно. Здесь целый ряд конкретных задач, которые целиком должны быть не только начаты, но и закончены педагогами по раннему детству, как то: приучение детей к горшку, уменье есть самому, раздеваться и т. п. Эти задачи перед другими педагогами не должны даже стоять и, если стоят, то только потому, что не было до сих пор педагогической работы с нашим возрастом. Но не только самообслуживание должно иметь место у детей нашего возраста, но и обслуживание других, и участие в коллективном труде. В этом отношении методика должна быть проработана особенно тщательно применительно к детским силам и уменьям, ибо вопрос о дозировке труда тесно связан со всем физическим развитием ребенка. Если дозировка будет неправильна, мы можем принести ребенку непоправимый вред.

Кроме этих общих задач, перед нами стоит целый ряд задач более узких, связанных опять-таки с особенностями возраста: развитие движений, речи, органов чувств, детская сексуальность и детское творчество с их особенными формами выявления в раннем детстве.

Таковы в общих чертах наши основные предпосылки к работе. Теперь несколько слов о методах работы. Откуда мы их берем? В этом отношении у нас нет ни плохого, ни хорошего наследства, так как вопрос о педагогике раннего детства — вопрос новый. Потому в методическом отношении нам приходится крайне трудно. Методов взять неоткуда. Все, взятое от других возрастов, годится лишь, как общие руководящие указания, но никакой практической методики оттуда не почерпнешь. Даже дошкольные методы, наи-

более близкие к нам, не позволяют ими пользоваться, так как они все же не для наших детей. К вопросу о методах мы подходим таким образом. Мы считаем, что всякий метод должен опираться на природу ребенка, т.-е. соответствовать той стадии развития, на которой ребенок находится в данных условиях социального и бытового окружения. Мы говорим: прежде, чем действовать, нужно изучить тот об'ект, на который мы хотим действовать. Это мы и делаем по мере наших сил и возможностей. Изучение самого ребенка, не ребенка вообще, а ребенка определенного общественного класса, определенных бытовых условий, в нашей работе ребенка пролетарской Москвы, крупного центра, в условиях социального воспитания, для нас неразрывно связано с педагогикой. Прежде чем дать какое-либо конкретное указание, мы ведем ряд ориентировочных наблюдений за детьми, затем, учитывая собранные данные, делаем методические предположения, далее даем их на практическую проработку на места, ведем учет реакций детей на наш метод и согласно указаниям организованного опыта вносим в первоначальную методику те или иные поправки. Не следует думать, что мы ведем какую-либо точную, научную работу, которая претендовала бы на непреложность выводов, на их обобщение. Нет, это было бы не по нашим силам. Выводы наши имеют для нас значение рабочих гипотез, совершенно необходимых для нас в нашей работе. Результаты нашей работы с педологическим к ней подходом позволяют думать, что путь, избранный нами, путь правильный.

Теперь о наших достижениях и перспективах. Признавая, конечно, всю многогранность и сложность детской жизни и ее выявлений, мы однако, из всего этого многообразия остановились лишь на том, что нам казалось необходимым делать в первую очередь, исходя из условий нашей работы. Поэтому, далеко еще не все нами захвачено, да и то, что нами разрабатывается, разработано далеко не в одинаковой степени. Что же поставлено нами в первую очередь?

На первый план, как формы нашей работы с детьми, мы поставили для себя педагогически-правильное проведение таких обыденных, но таких важных и необходимых в жизни наших детей процессов, как сон, кормление, туалет, приучение к горшку, прогулка, организация детского коллектива во время свободных игр. Для каждого процесса мы имеем разработанную методику чисто практического характера. Она построена таким образом, чтобы путем соответствующей организации, как внешней, так и социальной среды, достигнуть наших 4 основных целей: пробудить в детях активность, развить коллективизм, дать реальные представления о мире, помочь приобрести трудовые и гигиенические навыки. По процессам: сон и укладывание, кормление, туалет, приучение к горшку нами собран обширный педологический материал (он весь имеется в стенных таблицах на нашей выставке). Этот материал послужил нам базисом для практических указаний. По организации коллектива во время свободных детских игр, а также по организации прогулки наша работа еще не вполне закончена, мы должны закончить ее в текущем году, т.-е. собрать педологический материал, на основании его внести поправки в нашу, составленную на основании ориентировочных наблюдений, методику. Не следует нас понимать таким образом, что мы считаем все нами выработанное, хотя бы и на основании обширного материала, чем то незыблемым и неизменным. Нет, наоборот, мы говорим, что с изменением условий жизни наших детей, особенно в связи с углублением педагогической работы над ними и захвата ею не только учреждения, но и семьи, изменится и наш педологический материал и потребует новой проработки методики.

Кроме работы по процессам укажу еще целый ряд работ, находящихся в той или иной стадии проработки:

1. Знакомство детей с трудом взрослых. Эта работа проводилась у нас, как опытная, как по методу простого наблюдения детьми некоторых трудо-

вых процессов, так и по методу их активного участия. Собран педологический материал и в текущем году мы должны уточнить эти методы.

2. Знакомство детей с природой, как живой, так и мертвой. Вопрос в той же стадии разработки. Учет тех конкретных форм, в которых проходила и та и другая работа, также выражен в стенных диаграммах.

3. Работа по проведению с детьми общественно-революционных праздников. Мы провели организованно, по единому плану уже 3 праздника: праздник 7 ноября в 1924 и 25 году и праздник первого мая в 1925 году. У нас имеется очень интересный педологический материал и практическая инструкция по проведению праздников с детьми, начиная от года.

4. По занятиям детей рисованием карандашем, красками, вырезыванием, лепкой, работой со строительным материалом у нас имеется много педологического материала, разработанного и выраженного в таблицах, целый ряд детских работ и подробно проработанные практические инструкции о том, как вести все перечисленные организованные занятия.

Ведя работу с детьми от года до трех лет, мы считаем, что и на этом периоде нельзя ни в каком случае создавать единообразную методику, наоборот, этот период детской жизни сам разлагается на несколько этапов с характерными чертами в развитии и приходится соответственно создавать несколько методик по одному и тому же вопросу. Для первоначальной нашей установки мы взяли за единицу времени полугодие, но, конечно, эта единица также очень крупна и требуется еще большая диференцировка. Нужно сделать к этому еще одно добавление: устанавливая такие градации, мы очень хорошо знаем и совершенно согласны в этом отношении с П. П. Блонским, что паспортный возраст далеко не всегда совпадает с действительным, а потому, полугодия для нас служат лишь вехами, но не более.

В настоящее время нами педагогически обслужено в 5 районах Москвы, т.-е. во всех, кроме Сокольнического, где еще нет педагогического инструктора, из общего числа детей от года до трех лет в яслях и домах младенца 61% детей. Учреждения по постановке педагогической работы в истекшем году делилось на три группы: 1) учреждения, в которых все группы были обслужены педагогически; 2) учреждения, в которых педагогически обслужена только часть групп, и 3) учреждения, в которых совсем нет педагогических групп.

В отношении достижений по приспособленности обстановки к педагогическим требованиям укажу следующие: квадратные столы для 4 детей заведены в 79% учреждений.

низкие кровати без бочков для старших детей в 14% учреждений.
детские умывальники . . . . . » 37% »
дессертные ложки овальной формы . . . . . » 34% »
тарелки глубокие . . . . . » 37% »
одежда, приспособленная к самообслуживанию . » 28% »
одежда, приспособленная к росту детей . . . » 70% »
светлые цвета одежды . . . . . » 30% »

Педагогических пособий имется крайне ограниченное количество, так как до сих пор суммы отпускаемые для этой цели мы получаем не регулярно, а случайно и, конечно, они весьма незначительны. Единственное наше достижение в этом отношении заключается в том, что мы вывели многое, совершенно непригодное для наших детей, и заменили их тем, что нашим детям нужно, провели тот взгляд, что педагогическим пособием может быть не только игрушка, специально купленная для детей, но что крайне важными педагогическими пособиями является так называемый бросовый материал и всякая вещь домашнего обихода, данная ребенку во время. Мы вывели «занимание детей» и заставили уважать свободную детскую игру.

Кроме организации работы с детьми, нами ведется вторая, не менее важная работа по переподготовке персонала в педагогическом отношении. Два года тому назад, когда начиналась работа, в учреждениях были единицы, имеющие какое-либо представление о педагогике вообще, а тем более о педагогике младенчества. Пришлось отдать некоторое время агитации и пропаганде о необходимости этой работы, затем уже раскрывать самое содержание работы с младенцами. Не имея возможности получить педагогов, так как обычно педагоги по образованию не имеют медицинской подготовки, а следовательно не имеют права на поступление в наши учреждения, мы стали перед задачей создать педагогов из числа наших же работников. Летом 1923 года были собраны практические работники с мест и с ними был проведен курс лекций по педагогике младенчества и практические семинарские занятия, давшие первый авангард пионеров в этом новом деле в количестве 100 человек. Эти пионеры с громадным под'емом и даже энтузиазмом начали пробивать дорогу педагогике на местах. В настоящее же время мы пропустили через лекции 700 работников, через педагогические кружки и семинарии около 200, а реальные достижения наши таковы: 45% наших инструкторов учреждений мы можем считать педагогами по раннему детству и 27% из числа сестер-воспитательниц. В это число мы относим тех, которые сумели претворить в жизнь полученные ими от нас знания и ведут фактически педагогическую работу. Остальные же имеют некоторое понятие о педагогике. Вопрос о квалификации персонала очень больной для наших учреждений, ибо существующие курсы для сестер по уходу за детьми поставлены в отношении педагогической подготовки крайне слабо: на педагогическую подготовку до сих пор не обращалось там внимания. Даже высшие учебные заведения, подходя к вопросу педагогики младенчества слишком теоретично, дают нам теоретиков, плохо знающих живого ребенка, и много приходится поработать над ними, пока они сумеют приложить к жизни свои теоретические знания.

Так же остро, как вопрос о работе с персоналом, стоит перед нами вопрос в педагогическом отношении. До сих пор у нас существовал, как известно, только медицинский патронаж, теперь необходимо прибавить и педагогический. В этом отношении мы вели подготовительную работу. Она в настоящее время закончена и мы в текущем году приступаем к практическому проведению ее в жизнь.

Кроме связи с семьей мы считаем также нашей обязанностью вести культурно-просветительную работу с населением. Эта работа велась у нас до сего времени районными педагогическими инструкторами: ими проводились беседы с делегатками Женотдела, они выступали в школах матерей в некоторых районах. Нам необходимо и эту работу углубить, внести в нее большую систематичность. Мы пытаемся установить связь с дошкольным Отделом Моно не только организационного, но и методического порядка, ибо остро чувствуем тот вред, который наносится детям при переходе именно благодаря отсутствию преемственности в работе.

Вот и все в краткой схематичной форме о содержании нашей работы.

Еще несколько слов об организационных ее формах.

Работа во всех учреждениях Москвы для детей от года до трех лет ведется по единому плану, намечаемому на год. Нашим руководящим органом является Совет педагогических инструкторов. Он состоит из районных пединструкторов (их в настоящее время 5), работает под моим председательством, как Центрального инструктора-педолога. Все постановления Совета проходят через утверждение завотделом и тогда проводятся в жизнь. В районах завврачи учреждений об'единены в медико-педагогическую секцию и в педагогическом отношении работают под руководством районного педагогического инструктора. А в каждом учредении под руководством заввpача все

работники учреждения об'единяются в местную педагогическую ячейку, направляющую работу. Кроме этих органов мы имеем еще крайне для нас важный подсобный орган, называемый Центральным Педагогическим Кружком, а при нем районные кружки. Задача этих органов: методическая, углубленная, педологическая проработка всех практических вопросов. В кружки входят наиболее квалифицированные работники. Через них собирается педологический материал и при их участии разрабатывается. Таких работников у нас около ста человек. В каждом районе в текущем году ежемесячно будут проводиться районные конференции по педагогическим вопросам, а один раз в году собирается обще-городская конференция. В прошлом году одна состоялась, в нынешнем году будет в январе, учетного характера, и уже не только городская, а и для работников Московской губернии. В нынешнем же году у нас организована постоянная педагогическая выставка.

Резолюция по докладам педологической секции.

1. Констатируя некоторый сдвиг в отношении организации педологической работы в учреждениях охраны материнства и младенчества, главным образом, в Москве и на Украине, с'езд считает необходимым перейти от периода агитации за самую необходимость педработы в учреждениях охрматмлада, от внешних организационных форм, т.-е. создания нормальной обстановки для педработы, к плановой, углубленной постановке ее в учреждениях охрматмлада.

В этих условиях особое значение приобретает вопрос о целевой установке педработы в учреждениях охраны материнства и младенчества.

2. Воспитание детей раннего возраста по своим принципиальным исходным пунктам и целевым установкам, должно входить, как начальное звено, в общую систему социального воспитания. Соответственно этому, оно должно обеспечить ребенку:

а) развитие наибольшей активности и самодеятельности;

б) фактическую возможность исходить в своем личном и социальном опыте из известного и могущего быть непосредственно использованным наблюдения при помощи органов чувств;

в) наиболее полную возможность развивать коллективистическую направленность действия, с одновременным сохранением и развитием того индивидуального, что обеспечивает каждому ребенку наибольшую жизнеспособность и выявление исследовательских и творческих задатков.

Содержание педагогической работы должно быть сведено к проработке детьми материала из окружающей действительности по трем основным моментам: природа, труд и общество. Применительно к местным особенностям и уровню развития детей, должна установиться в деле воспитания связь с современностью.

3. Детские учреждения свое воспитательное воздействие должны организованным порядком распространять на окружающую среду (педагогический патронаж, работа с населением).

4. Для успешности разрешения этих задач необходимо принятие следующих мер:

а) установление последовательно проводимого режима в учреждениях и согласованность в медицинской и педагогической работе;

б) обеспечение детучреждений подготовленным для педагогической работы персоналом с идеологической установкой, соответственно целям и задачам социального воспитания;

в) такая нормировка воспитательного труда, при которой была бы обеспечена фактическая возможность ведения педагогической работы. Нагрузка на одного воспитателя не должна быть более 15 детей в группе;

г) педагогически правильное проведение процесса дня (сон, кормление, туалет, приучение к опрятности, прогулка);

д) создание соответствующей обстановки для свободных детских игр и дополнительных к ним организованных групповых занятий с детьми, без активного вмешательства воспитателей в самую работу детей;

е) выведение детей за пределы детучреждений для знакомства с окружающей природой и бытом, с соблюдением профилактических мероприятий против инфекций;

ж) обеспечение детучреждений педагогическими пособиями для свободных игр и организованных занятий.

5. Практическая педагогическая работа должна вестись на основе научной разработки вопроса о поведении детей и организации среды, наиболее соответствующей целям и задачам коммунистического воспитания. Эта научная разработка должна быть сосредоточена в научных центрах и базовых учреждениях на периферии, беря в основу изучение пролетарского ребенка в коллективе.

6. В виду того, что 3-летний возраст по целому ряду его особенностей является неблагоприятным для перемены условий жизни, необходимо установить перевод детей из учреждений охраны материнства и младенчества в дошкольные учреждения при достижении 4-летнего возраста. Этот период должен носить вполне организованный характер, что может быть достигнуто соглашением Наркомздрава с Наркомпросом.

7. Для достижения полной согласованности в направлении и методах воспитательной работы в учреждениях НКЗ и НКПроса, в центре и на местах должна быть установлена организованная связь работников в деле преддошкольного и дошкольного воспитания по общим методическим вопросам воспитания.

Консультация для женщин.

Д-р А. Н. Рахманов.

Вопрос о здоровье масс, их гигиеническом воспитании становится насущным теперь, в эпоху огромных преобразований, имеющих целью накопление народных сил и богатств в стране.

С этой точки зрения консультация как школа, как учреждение, ставящее себе задачу охраны здоровья женщины и матери, приобретает первостепенное значение. Мы переживаем сейчас момент строительства консультации. Если мы обратимся к истории развития этого учреждения, то увидим, что с 1909 года при родильных домах начинают открываться амбулатории для беременных и гинекологических больных — по существу зачатки будущих консультаций. Деятельность таких консультаций на протяжении всего прошлого периода их существования сводилась к отбору патологических акушерских и оперативных случаев и их наблюдению.

Во Франции первая консультация была организована Пинаром в 1890 г.; она ставила себе те же задачи. Совершенно естественно, что название «консультация для беременных» остается и до сих пор, как название этого учреждения. Между тем, это слишком узкое название: консультация должна стать школой здоровья женщин в широком смысле этого слова, а поскольку это так, не только беременная, но всякая здоровая женщина может прийти сюда за помощью и советом. Мы поэтому предлагаем старое название заменить новым — консультация для женщин.

Каковы же задачи этого учреждения? Консультация должна взять на себя задачу сексуального воспитания женской молодежи и руководство интимной жизнью зрелой женщины.

Только врачу-акушеру известна, только им может быть учтена вся половая трагедия современной женщины, финал которого часто — аборт, подкидывание, детоубийство, потеря здоровья и преждевременная безрадостная старость, даже смерть. Путем индивидуальных бесед, путем связи со школой, предприятиями мыслится правильная организация полового воспитания девушки, создание новой, естественной, без мистики, морали.

Не только половая гигиена, но и забота по отношению к растущему организму с самых ранних лет до половой зрелости — также наша задача. Разнообразные вредные условия, ряд физических моментов, нарушающих правильное развитие женского организма, в деревнях — непосильный ранний труд, заставляет связать нашу работу с пропагандой идеи охраны труда девушки.

Встают вопросы преждевременной нежелательной беременности и аборта. Кто сталкивался с этими явлениями, — тот знает, что несмотря на все имеющиеся уже положительные достижения декрета об аборте мы стоим

еще на полдороге, далеко еще от конечного, ожидаемого результата. Нет возможности производить аборты до бесконечности. Надо ввести это явление в верное русло новой морали, правильно поставив пропаганду о противозачаточных средствах. Надо снабжать ими население и тем уменьшить число жертв аборта — это тоже задача консультации. С другой стороны — в городах, где как следствие все увеличивающегося количества венерических заболеваний и тяжелых условий существования, возникает вопрос о массовом бесплодии — охрана нормальной рождаемости, реальная помощь в этом отношении женщине должна войти в круг наших забот, подсказанных евгеникой.

Еще в прошлом столетии в Германии врачи, главным образом Винтер, начали пропагандировать идею, чтобы женщина, близкая к климактерическому периоду, даже при незначительных изменениях в половой сфере, обращалась за советом к врачу. Этим положено начало рациональной борьбы с первыми ранними, еще излечимыми, проявлениями рака. Начать кампанию, чтобы женщина в возрасте от 40 лет, будучи еще относительно здоровой, показывалась в консультацию, значит пойти еще дальше по пути сохранения ценных для экономики страны женских жизней.

Мы тесно связываем нашу работу с вопросом быта.

Подойти к женщине не так, как обычно подходят к сотням амбулаторных больных, но проникнуть в ее личную, индивидуальную жизнь; будучи ее врачем, стать еще ее другом и советчиком, суметь воздействовать на нее, чтобы изменить ее образ жизни, взгляды и понятия — это значит создавать новый быт, творить не только медицинское, но и государственное дело.

Начала евгеники и новой морали должны вырасти из этой маленькой, невидной на первый взгляд, работы консультации.

Несколько особняком стоит вопрос о гинекологических больных. Гинекологические больные не должны пока находиться в ведении консультации, они могут прийти сюда за советом, но здесь они не будут лечиться, это нарушило бы профилактический уклон нашего учреждения. Участок, амбулатория — вот куда должна быть направлена больная после того, как поставлена диагностика заболевания.

Я нарочно не останавливался раньше на беременных женщинах и родильницах. Я не делал этого потому, что поскольку выяснена теперь общая физиономия консультации, можно сказать, что в отношении к ним роль ее будет огромна. Беременные будут составлять ту главную массу, с которой нам придется иметь дело. Вопросы наблюдения, изучения беременности, вопросы профилактики послеродовых заболеваний, вопросы родовспоможения здесь тесно переплетаются друг с другом. Задача наша чисто профилактическая, мы неразрывно связываем вопрос о заболеваемости и здоровье человека с условиями внешней обстановки и труда, поэтому мы всегда должны это помнить по отношению к беременной женщине и научиться к ней так и подходить: крестьянку, работницу, живущую в плохих условиях, с расстройством обмена веществ, послать в дом матери и ребенка на два последние месяца беременности, а беременную с отягощенной наследственностью и суровыми условиями (ранний детский труд, фабричная работа) подвергнуть профилактическому лечению, чтобы перед родами мобилизовать все защитные силы ее организма — вот путь, по которому мы должны итти. *Здесь* начало борьбы с послеродовыми заболеваниями. Количество этих заболеваний, колеблясь, в пределах от 0,3% до 3%, невольно подтверждает мысль о необходимости тех или иных профилактических мероприятий.

Вакцинация — заблаговременная асептика родовых путей и т. д. по литературным источникам дает прекрасные результаты и может быть широко применена здесь. Об огромной роли в этом деле консультации говорит статистика Пинара, показавшего, что в Париже, благодаря развитию сети этих учреждений, процент заболеваемости уменьшился с 25 до 13 на 10.000 родов

за последние 10 лет. Еще большее значение имеет профилактика патологических акушерских случаев. За 20 лет существования консультаций количество поперечных и ягодичных положений упало в Париже с 6 до 2 на десять тысяч родов. До этой же цифры уменьшилось число эклямпсий. Обучить каждую женщину правилам личной гигиены, из'ять патологические случаи беременности, поместить их под наблюдение — вот задача консультации по отношению к беременным.

Мы перечислили категории женщин, могущих посещать консультацию и указали пути к их наблюдению.

Переходим к следующему моменту работы консультации — патронажу беременных. Чем шире наши идеи, чем глубже они должны проникать в семью, тем острее становится вопрос о патронаже. Войти в домашнюю жизнь беременной, ее улучшить, создать гигиенические условия существования, научив ее чистоте, добиться того, чтобы беременная не дышала испорченным воздухом и не была покрыта насекомыми, не работала бы на 8-м месяце и не имела половых сношений непосредственно перед родами — первый момент патронажной работы. Путем собирания анкет и обследования беременных мы убедились, что невежество в области личной гигиены среди беременных невероятно велико даже в городах.

Дополнить консультацию как школу, проверив применение данных там советов, обучить им женщину в домашней обстановке — венец патронажа беременных.

Огромная смертность детей в первые месяцы жизни, нарастание этой смертности после выхода матери из родильного дома, говорят за то, что существует период, когда жизни ребенка угрожает опасность. Это период между родильным домом и нормальной, мало-мальски здоровой домашней средой. Приготовить все для ребенка к моменту возвращения его домой, начать заботу о нем тогда, когда еще не шьются пеленки и не делается качка, учить мать правильному уходу и кормлению ребенка тогда, когда ребенка еще нет — вот вторая задача патронажа беременной. Патронаж беременной мы мыслим неразрывно связанным с материальной поддержкой, ибо если вы взглянете на нашу таблицу, то вы увидите, что там, где повышается материальный уровень, там повышается гигиена беременной, там повышается и забота о ребенке. На этих таблицах вы увидите, что в заботах о ребенке мы достигли наибольших результатов.

Помимо патронажа беременных, должен существовать патронаж кормящей матери. Эту работу мы не мыслим, как самостоятельную. Детская консультация должна по отношению к гигиене матери проявлять столько же забот как и к ребенку. Борьба с ранним трудом после родов, вопросы личной гигиены родильницы, борьба с абортом путем распространения сведений о противозачаточных средствах, должны быть возложены также и на патронажную сестру детской консультации.

Мы говорили о роли консультации, как школы для женщины, мы говорили о борьбе с послеродовыми заболеваниями, с патологией беременности, мы подошли к вопросу о родовспоможении. Если мы обратимся к истории нашего родовспоможения, то увидим, как туго подвигается оно вперед. В 1904 году количество родильных коек в Российской империи было 3.923, в 1914 году их стало 7.521. Количество родов, проведенных акушерками и врачами в 1914 г. лишь на 300 тысяч больше чем в 1904 году. При чем нужно сказать, что акушерская помощь была хорошо поставлена в тех местах, которые от нас отошли: Курляндии, Польше. Не удивительно поэтому, что и поныне даже в сельских местностях центральных губерний одна койка приходится на 4½ тысячи жителей, тогда как она должна удовлетворять лишь 1.500. Это значит, что население здесь лишь в 30% получает квалифицированную акушерскую помощь.

В 1904 году во всей Европейской России лишь 6% получали акушерскую помощь.

В 1914 году в Европейской России акушерскою помощью было удовлетворено 10—12% общего количества родов. Если вы учтете, что на-ряду с центральными губерниями, где все-таки существует значительный процент оказания квалифицированной помощи, имеются места, где радиус обслуживаемый акушеркой равен 120 верстам, то вам станет ясно, что процент оказания акушерской помощи в этих местах равен приблизительно 0.

Гибель 30.000 молодых женщин ежегодно от родов, еще большее число инвалидов, часто с мочевыми свищами и выпадением матки, наконец, оставшиеся сироты и разоренные хозяйства, все это заставляет смотреть на неправильно поставленное и недостаточное родовспоможение, как на экономическое народное бедствие.

Теперь, когда создаются консультации, и внимание наше обращено в эту сторону, дело родовспоможения в деревне должно быть сдвинуто с мертвой точки.

Города хоть неполно, но удовлетворяются акушерской помощью. Деревня ее почти не имеет. Консультация должна стать центром, откуда должно начать расти родовспоможение на селе. В России уже давно существовали две системы оказания акушерской помощи: раз'ездная и стационарная. Прекрасным примером раз'ездной системы могла служить Курляндская губерния и область Царства Польского. Как на пример стационарной системы можно указать на Петроград и Московскую губернию. Не наша задача входить в критику этих двух систем. Я разрешу себе привести взгляд академика Рейна, слова которого остались жизненными и поныне: «Для городов и густо населенных сельских местностей с преобладанием рабочего населения, стационарная система должна быть признана безусловно необходимой. Для менее населенных местностей правильно обслуживаемая раз'ездная система с радиусом 10 верст заслуживает полного внимания и одобрения». История развития родовспоможения говорит, что мы все время шли этими двумя путями. В 1904 г. амбулаторно-акушерскую помощь получили в Европейской России 58%, в 1914 г. — 44% из общего числа зарегистрированных родов.

И тогда, когда речь идет о такой стране, как наш необ'ятный Союз с его 20 миллионами отдельных крестьянских хозяйств, со слабым развитием индустрии, отсутствием дорог, мы думаем, что должно быть уделено большое внимание оказанию помощи на дому. Страна не богата, каждый грош нам дорог: стоимость родов на дому 12—15 руб. (во Франции 12 руб.), стоимость родов в родильном доме — 17—25 руб. Наконец, трудность привлечь крестьянку в родильный дом, заставляет считать, что путь раз'ездной системы пока есть путь нашего родовспоможения. Оказание акушерской помощи на дому мы тесно связываем с патронажной работой консультации. Задача консультации приготовить домашнюю обстановку для родов, провести роды, подумать о будущем ребенке, обучить мать уходу за собой. Если вы учтете, что патронаж ведет к изменению домашней обстановки беременной, крайне важной для будущего ребенка, то для вас станет ясно, что раз'ездная система родовспоможения будет двигать дело не только охраны материнства, но и младенчества.

Параллельно с ведением патронажных родов, нужно при консультации организовать две-три койки, которые должны предназначаться для патологии, для заболеваний после родов и, наконец, иногда для ненормальных случаев беременности; тогда работа в консультации сложится из следующих моментов: акушерка консультации раз'езжает, ведет работу по деревням, патронирует беременных, всю патологию направляет на койки консультации, физиологические случаи проводит на дому. Опыт старых работников родовспоможения говорит, что радиус обслуживания консультации не должен превы-

шать 10—15 верст, ибо иначе посещаемость и обращаемость населения уменьшится до 15% общего количества беременных. Комиссия при Московском Земстве считала радиус обслуживания акушерки 5 верст. При 8-верстном радиусе акушерки в Курляндской губернии обслуживали 70 родов в год. Считая 60 родов на одну патронажную акушерку, при значительно больших радиусах наших участков, район в 1½ тысячи населения может быть полностью обслужен одной акушеркой. Но никогда при этом не нужно забывать, что акушерка должна иметь возможность действительно раз'езжать, и что акушерская помощь должна заключаться не только в том, чтобы были приняты роды, но и в том, чтобы роженицы снабжались бельем и мылом, а наблюдение за родильницей было не меньше 5-ти дней.

Когда мы говорим о такой постановке родовспоможения, мы сталкиваемся с вопросом создания кадров персонала — нам нужны сотни тысячи акушерок. Рейн на 9-ом Пироговском С'езде говорил о 60 тысячах акушерок на всю Россию; эта цифра мы думаем необходима и теперь. Нужно предвидеть и нужно иметь смелость сказать, что дело родовспоможения целиком ляжет на плечи акушерок в течение ближайших 25 лет, также, как и патронажная работа. Вот почему воспитанию и созданию соответствующего нового типа акушерки должно быть уделено особое внимание.

В свое время Рейн, Отт, Сутугин предлагали создавать акушерок с малой, но быстрой подготовкой, так назыв. сельских повивальных бабок. Это должны были быть местные крестьянки, обученные участковыми врачами лишь принимать роды.

Теперь, через 20 лет, некоторые губернии пытаются осуществить пожелания указанных акушеров и стали на путь краткосрочного обучения делегаток — на акушерок. Мы считаем, что все эти явления, осужденные уже жизнью, носят несомненно характер ошибки, и спор о высокой и низкой квалификации акушерок должен быть забыт. Мы утверждаем, что для того, чтобы акушерка стала во главе консультации, а это и будет на селе, нужно поднять профессиональное образование акушерок до возможной высоты. При чем не нужно делать его замкнутым в стенах учреждения, надо их учить патронажу и культурной работе. Институт Охраны Материнства и Младенчества вступил на этот путь: помимо общего образования, акушерки получают общественный практикум; он состоит в патронаже беременной и изучении организации работы консультации. Этого мало, при акушерских техникумах необходимо создавать практикум родов на дому, тогда для каждой акушерки будет ясен путь, по которому она пойдет в деревне.

Если мы говорим, что нам нужны акушерки с большим запасом специальных положительных знаний и уменья, способные подойти к массам и их воспитать, то нам также нужны акушерки, обученные уходу за ребенком. Мать и младенец неотделимы друг от друга; и если на высоких ступенях науки дисциплины о них расходятся, благодаря специализации, то в практической работе мать и ребенок одно неделимое целое. Акушерка должна быть в состоянии заменить сестру охраны материнства и младенчества, потому что еще до родов она должна думать о ребенке, потому что после родов она ведет этого ребенка, пока нет сестры, которая может быть придет ей на смену, а может и нет.

Когда мы говорим о персонале, не менее остро становится вопрос о врачах. До сих пор на акушерство мало обращалось внимания в деле охраны материнства и младенчества, — все было сосредоточено на микро-педиатрии. Но каждый врач, как только он попадал в земство, волей-неволей занимался акушерством. Характерно, что все Пироговские отчеты о движении родовспоможения, тоже связывались с общим количеством врачей, а не врачей акушеров-специалистов.

Сегодня мы опять-таки вновь принуждены говорить, что у нас нет достаточного количества врачей, могущих возглавлять консультации для женщин и охрану материнства в городе и на селе. Поэтому теперь, когда подымается вопрос о создании особого кадра специалистов врачей охраны материнства и младенчества, наступило время определенно и решительно сказать, что эти врачи должны быть акушерами со знанием детских болезней и грудного возраста особенно в деревне. Такой тип врачей нам нужно создавать! Такая постановка вопроса правильна не только потому, что педиатр в деревне, поставленный лицом к лицу с кровотечением, потеряет женщину, а акушер может справиться с диспепсией и декомпозицией, но и потому, что организационно дело заботы о ребенке никогда не будет забыто акушером, ибо вся работа акушера есть, в конечном итоге, дума о ребенке. Возьмите патронаж беременной, роды, наблюдение родильницы. Смело можно сказать, что акушеру создание яслей, дома матери и ребенка и консультации для детей будет так же дорого, как дело о двух родильных койках, ибо ясли ему дадут здоровую мать, дом матери и ребенка ему заменит комнату и санаторий для беременной, а консультация для детей будет служить той школой, где мать будет заканчивать свое воспитание.

Из сказанного ясно, что в городах, во главе так называемых об'единений охраны материнства и младенчества, должны также стать эти новые врачи. Выдвижение на эти места исключительно врачей-педиатров, без знания акушерства, неизбежно отодвигает дело родовспоможения назад.

Мы считаем, что и усовершенствование участковых врачей также должно пойти по тому же, намеченному нами, пути.

А пока нет указанных выше возможностей, надо добиваться, чтобы врач, возглавляющий детскую консультацию, был знаком, хотя бы с практикой родов, чтобы он руководил женской консультацией, чтобы к детской консультации была прикреплена раз'ездная акушерка, а участковый врач оставался лишь консультантом для патологических акушерских случаев.

Мы подошли к вопросу о связи консультации с другими учреждениями.

Из всего сказанного ясно, как тесно должна соприкасаться работа консультации с родильным домом и койками участка. Нужно стремиться, чтобы все идейное руководство стационарной помощью находилось в наших руках, и было направлено на улучшение и развитие системы родовспоможения.

Для установления непрерывности в наблюдении за беременными, необходимо, чтобы все беременные, наблюдавшиеся в консультации, имели преимущественное право на поступление в родильный дом или на родильную койку. Для чего они незадолго до родов должны снабжаться существующей сопроводительной карточкой. Родильный дом, в свою очередь, должен извещать консультацию о всех бывших родах. Чрезвычайно желательно, чтобы родильный дом указывал, какую из родильниц он считает целесообразным наблюдать еще некоторое время в домашней обстановке. Так, например, консультация Института наблюдает на дому тех родильниц, которые температурили после родов, рано, несмотря на уговоры, выписались, или подверглись акушерской операции. Таким образом, срок медицинского наблюдения этих женщин равен 10—11 дням в среднем, иногда до 17 дней.

Консультация в своей работе должна быть также связана с консультацией для детей. Там, где существует одна консультация, где мы имеем врача акушера-педиатра, там совершенно ясно, что дело охраны материнства и младенчества ведет одно лицо, но в городах, где существует высокая специализация, там связь должна вестись в двух направлениях: о каждом патронаже беременной должен знать педиатр и, в зависимости от полученных сведений, вести свое дальнейшее наблюдение родившегося ребенка. Патронаж ребенка мы, как уже было сказано раньше, мыслим тесно связанным с патронажем матери. Сестра детской консультации должна знать гигиену

родильницы и при отклонении от нормального течения послеродового периода направлять женщину под соответствующее наблюдение.

Должна быть установлена связь и в культурно-просветительной работе. Детская консультация должна вести работу среди беременных по вопросам ухода за ребенком.

Помимо консультации для детей, устанавливается связь с туберкулезным и венерологическим диспансерами. Наша патронажная работа должна стать значительным фактором в борьбе с туберкулезом среди беременных. Что касается борьбы с сифилисом, то этой работе мы должны уделять еще больше внимания. Во Франции во главу деятельности консультации ставится этот вопрос. Действительно, во-время замеченный и леченный сифилис дает, по данным проф. Гувелера, всего 15% смертности детей, тогда, как нелеченный сифилис дает смертность, равную $^1/_3$ всех новорожденных. Вылечивая беременную мать, мы уничтожаем в корне источник бесконечных заражений lues'ом. Желательно широко поставить в консультациях реакцию Вассермана и все опознанные случаи направлять для лечения в соответствующие учреждения.

Изучение вредностей, диспансеризация заводов, пока не может нами проводиться так широко, как это мыслится по схеме. Но мы должны принять в этой работе участие. Это понятно. Поэтому к консультациям следует постепенно прикреплять близ-лежащие заводы, и в нашу патронажную работу должны быть внесены моменты борьбы с профессиональными вредностями.

Целесообразно в этой работе всегда устанавливать связь с учреждениями, уже разрабатывающими этот вопрос.

С этой же точки зрения охраны труда работницы, мы должны приветствовать передачу функций контрольных врачей врачам консультации. Это даст нам право и возможность действительной охраны труда беременной.

Также должна быть установлена связь между консультацией женской и юридической. Из самой идеи консультации уже достаточно ясно, сколь часто врачу-акушеру приходится сталкиваться с юридическими вопросами.

Переходим к общественной работе консультации.

Вся работа наша, по существу, есть работа общественная, но коснувшись этого вопроса, я буду говорить лишь о том, что необходимо вынести идею консультации за стены этого учреждения. Фабрики и заводы, дома коммуны, избы-читальни, всякое собрание женщин, должны быть местом нашей работы; учоба, проводимая в консультации, должна стать средством проведения наших идей и понятий в массы. Надо захватить и повести массу в этом деле за собой. Методы культурной работы достаточно известны, мы не будем их перечислять, но есть моменты в работе консультаций, на которых следует остановиться — это помощь делегаток Женотдела и их привлечение. Уже во многих местах имеется большой опыт в работе с делегатками. Я разрешу себе привести пример. Работницы, делегатки Совета Социальной Помощи, были приглашены на прием к врачу-акушеру консультации; когда врач принимал, они слышали, как женщины получали советы, они видели, как сифилис был причиной аборта или рождения мертвого ребенка, ранний детский труд приводил к узкому тазу и поперечному положению, они видели весь ужас выкидыша, сделанного бабкой. Они не учились медицине, но каждый случай разбирался с ними с общественной стороны, и тем самым они прошли огромную школу, приобрели новые понятия. Идеи консультации они внесли в стены учреждения, где они работали; они на собрании делегаток говорили не только о своей работе, но и том, что беременность — большое событие в жизни женщины, что аборт вреден и опасен, что выход есть, что существуют консультации. Мы широко рекомендовали бы этот метод, ибо он даст консультации не одну новую помощницу.

Существует ли опасность воссоздания этим старого типа бабок, против которых мы несколько выше протестовали?

Мы считаем, что ее не существует. Ведь с изданием популярных книг о половом вопросе не возникает опасности создания специалистов «врачей-акушеров». Работа в консультации есть, по существу, чтение той же книги, только с живыми наглядными примерами. Делегаток можно использовать в качестве обследовательниц. Московский П/Отдел и Украина широко вступили на этот путь, отказываться от него не следует, нужно его углублять и углубление его есть описанное выше воспитание делегаток. Делегатки дадут возможность помимо той работы, которую они будут производить, привлечь беременных и других женщин в консультацию.

Как на один из моментов культурной работы необходимо указать, чтобы была установлена связь с ЗАГС'ами, дабы каждая женщина перед выходом замуж побывала у нас и познакомилась с половым вопросом. Это даст нам огромное поле для взращивания новой половой морали, для санпросветного воспитания девушки в смысле подготовки к материнствву, для борьбы с абортом.

Тесно связан с работой консультации так называемый Совет Социальной Помощи. Мы считаем, что при действительно правильной постановке этого Совета, он может оказывать огромную помощь в нашей работе. Нужно создать его таким образом, чтобы отсюда выдавались пособия хотя бы заимообразно, чтобы отсюда оказывалась помощь во время патронажа беременной и родильнице.

Трудно перечислить все возможные достижения, когда оказывается материальная помощь. Борьба с абортом, подкидыванием может получить отсюда свое, быть может, самое действительное оружие.

Места и центр должны положить начало денежному фонду, без которого, как уже было выше указано, едва ли могут быть достигнуты существенные результаты.

Заключая свое сообщение, я ни на минуту не сомневаюсь в том, что не все указанное здесь, возможно провести при наших ограниченных ресурсах. Тем не менее, нужно помнить, что мы кладем начало огромной будущей работе. Только путем вовлечения самих женщин в наше дело, только путем их воспитания и оздоровления мы приведем их к истинной свободе. Следовательно, задача наша, по существу, не только задача медицинская, но и задача социальная.

Эти моменты мыслимы лишь, как нечто нераздельное.

Я кончаю свой доклад выражением глубокой уверенности, что несмотря на незалеченные экономические наши раны, несмотря на бедность, доходящую иногда до нищеты — русский врач и акушерка, бодро выносившие и прежде на своих плечах всю тяжесть, подчас безнадежной борьбы за здоровье и просвещение темной, неграмотной деревни — не сочтут предстоящую работу выше своих сил.

Обладая доверием Советского Правительства, окрыленные светлой идеей, которой посвятили свою деятельность, они, истинные подвижники и печальники русского народа, будут продолжать свое служение, находя лишь в достижениях достойную награду за свой неутомимый труд.

Резолюция по докладу.

1. Консультация должна стремиться охватить всю жизнь женщины от момента ее полового созревания и до старческого периода ее жизни. В связи с этим консультация, помимо наблюдения за беременными и родильницами, должна принять самое активное участие в половом воспитании девушки, равно как и наблюдение за женщинами в климактерическом периоде. С точки

зрения широкой постановки вопроса, целесообразна сейчас замена существующего названия «консультация для беременных» — «консультацией для женщин».

2. Консультация, являясь в своей работе профилактическим учреждением, должна в то же время взять на себя борьбу с послеродовыми заболеваниями, с патологическими акушерскими случаями и с патологией беременности вообще.

3. При консультации необходимо организовать патронаж беременной. Этот патронаж должен быть тесно связан с патронажем консультации для детей или путем временной передачи патронажных листов в детскую консультацию, или путем об'единения этой работы в лице одной патронажной сестры.

4. Консультация, широко ставя культурно-просветительную работу среди обслуживаемого ею контингента, должна стремиться эту работу выносить за пределы своего учреждения, связавшись для этого с общественными организациями фабрик, заводов и учреждений своего района.

5. Связь консультации, через делегаток, к ней прикрепленных, с советами социальной помощи и ячейками по оздоровлению труда и быта в предприятиях обеспечит ей участие в общепрофилактической работе, проводимой в данном районе. Этих делегаток, после предварительной подготовки, целесообразно использовать в качестве обследовательниц и заместительниц хозяек на дому.

6. Работа среди девушек в смысле полового воспитания, профилактики женских заболеваний и борьбы с венерическими заболеваниями должна стать одной из основных функций консультации для женщин. Для этой цели консультации необходимо установить тесную связь с комсомольскими организациями и школой.

7. На консультацию должна быть возложена задача борьбы с абортами. Правильно поставленная медицинская пропаганда по вопросу о предохранении от нежелательной беременности и рекомендация наиболее доступных безвредных средств, а также социальная помощь беременной должны в этом вопросе сыграть большую роль.

8. Считая положение родовспоможения в деревне крайне недостаточным, с'езд считает ударной задачей налаживание акушерской помощи и организацию консультаций для женщин в деревне.

Эти консультации должны быть организованы при всех самостоятельных деревенских консультациях для матерей. Работа в части обслуживания женщин должна быть возложена на врача консультации при его достаточной подготовке, — в противном случае на врача медучастка.

9. Необходимо обратить внимание на подготовку врачей-акушеров и акушерок. Последних необходимо знакомить с патронажной работой и также с уходом за детьми раннего возраста. Врачи, готовящиеся к работе по охране материнства и младенчества, особенно в деревне, должны специализироваться не только в области педиатрии, но и акушерства.

О рождаемости и смертности населения союза ССР.

Проф. Михайловский.

Высшей целью человеческого общежития является обеспечение членам его наиболее лучших условий существования. И наивысшим критерием успехов человечества в устроении своей жизни является измерение того, чтобы совместная жизнь дала человеческому индивидууму в смысле лучших условий их существования. И, в первую очередь, конечно, и прежде всего, в обеспечение им возможности более продолжительной жизни и существования. Поэтому сила смертности является всюду и везде наивысшим мерилом; по которому мы можем судить о культурном уровне данного общежития, конечно, принимая во внимание и естественные условия, в которые поставлен природой человек в разных местностях земного шара, а также и те условия, в которые он поставлен предшествующей историей классовой борьбы.

Не удивительно поэтому, что всюду на Западе к вопросам естественного движения населения относятся с величайшим вниманием. За этим движением населения, за высотой смертности и рождаемости следят из недели в неделю, из месяца в месяц не только одни статистические учреждения, но и общество, печать, общественное мнение, а также и законодательные учреждения и административная власть. Они уделяют огромное внимание этому вопросу и, нередко, он даже становится предметом парламентских дебатов.

К сожалению, у нас, до сих пор, как наследие старого строя, осталось поразительное невнимание к этой стороне нашей жизни. Мы очень редко отдаем себе отчет и часто не в состоянии отдать себе отчет в том, в каких же условиях мы, в самом деле, живем.

Скудность данных, которыми мы располагаем в этом отношении, воистину поразительна; и до войны мы не располагали особенно хорошей статистикой естественного движения населения. Правда, регистрация смертей, рождения и браков была более или менее исчерпывающей, но этим почти что дело и ограничивалось и при чем только в пределах Европейской России.

Что касается Азиатской России, то здесь, вследствие редкости сети церковных учреждений, на обязанности которых лежала регистрация актов естественного движения населения, там данные были совсем неполные. Сведениями о числе родившихся и умерших, в лучшем случае, с распределением умерших по возрастам и по таким мало интересным признакам, как вероисповедание, наши сведения и ограничивались.

Один из самых важных вопросов — о причинах смертности — до войны не мог себе найти надлежащего освещения. Регистрация причин смертности существовала только в некоторых крупных городах, где она проводилась при помощи соответствующих органов народного здравия, с по-

мощью полицейских врачей, главным образом, которые доставляли сведения о причинах смертности, а также больниц. Потом эти данные разрабатывались в статистических учреждениях.

Была попытка ввести регистрацию причин смертности. В некоторых губерниях обязанность эту пытались взять на себя санитарные врачи, но это были попытки разрозненные, в немногих губерниях и при том далеко неполные, вследствие того, что большая часть смертных случаев в деревнях протекала, конечно, вне всякой медицинской помощи и, следовательно, судить об этом можно было только по догадкам или расспросам родственников.

Центральная статистика царской России пыталась ввести также регистрацию причин смертности по метрическим записям и неоднократно пыталась возложить регистрацию причин смертности на священников, но из этой попытки ровно ничего не вышло.

Во всяком случае, мы имеем только сведения о рождаемости и смертности с распределением последних по возрастам для Европейской России. Революция, всколыхнувшая все устои старого быта до самого основания, разрушила в корне прежний источник сведений о движении населениня, т. к. одним из первых актов Советской власти было отделение церкви от государства и из'ятие из ведения церквей регистрации актов рождения и смертности населения. Эта обязанность была возложена на бюро гражданской регистрации, которое переходило из ведомства в ведомство и, в заключение, в настоящее время существует при Наркомвнуделе, в виде особого «отдела записей и актов гражданского состояния». Но и эти записи, естественно, в революционную эпоху налаживались с большой трудностью.

С одной стороны, прежде всего, в силу тяжелых условий, в которых очутилось пролетарское государство, сеть учреждений была чрезвычайно недостаточна; первоначально эти учреждения открывались не во всех даже городах и меньше, чем в одной трети волостей. После долгих усилий в 1921 г. удалось провести соглашение с Наркомвнуделом, в силу которого должна была быть введена нормальная сеть органов для записей актов гражданского состояния, по меньшей мере, по одному органу на волость с присоединением лишних органов в тех волостях, которые слишком велики по пространству и населению.

Но это соглашение осуществлялось также медленно и только в 1923 г. сеть эта, в пределах РСФСР и отчасти Украины, могла считаться налаженной. Тем не менее, сеть по своей густоте далеко уступает прежней. В пределах РСФСР и Украины в 1923 г. было открыто около 12½ тысяч отделов записей актов гражданского состояния, между тем при старом строе в этих пределах существовало свыше 42.000 приходов разных вероисповеданий, на обязанности которых лежала эта регистрация. Следовательно, сеть новых органов была почти в 4 раза менее густой, чем прежняя сеть церковных органов. Это обстоятельство, конечно, являлось чрезвычайно сильным тормозом с точки зрения облегчения населению возложенных на него законом обязанностей регистрации актов гражданского состояния. Но, с другой стороны, естественно, старые вековые привычки не могли быть сломлены моментально, только по одному приказу; требовались долгие годы убеждения и пропаганды, чтобы сломить эти старые привычки, после чего население понемногу стало привыкать к своим обязанностям, заносить сведения о своем естественном движении в органы записей актов гражданского состояния. Еще в 1921 году произведенное статистическое обследование показало, что еще значительная часть населения уклоняется от записи в органах гражданского состояния сведений о своем естественном движении. Правда, еще менее значительная часть населения уже перестала регистрировать свои акты в органах церковных. Обследование, произведенное в Одесской губернии, дало такие результаты, что только половина всех актов гражданского состояния

регистрировалась в церкви, при чем половина из этой части, кроме того, регистрировалась еще в ЗАГС'ах, а другая половина регистрировалась исключительно в ЗАГС'ах, совершенно не ходя в церковь. Таким образом, уже на четвертом году революции половина населения перестала регистрироваться в церквах, но, наравне с этим, только одна четверть населения регистрировала свои акты в новых органах гражданской регистрации. Приблизительно такое же соотношение было и в других местах, что показало обследование Смоленской губернии и Москвы.

Но процесс укрепления новых органов шел дальше, и начиная с 1921 года, в целом ряде губерний можно было считать, что эти регистрации носят более или менее исчерпывающий характер. Центральное Статистическое Управление в 1923 году могло уже собрать данные относительно естественного движения населения по 60 губерниям, и двум столицам, т.-е. всего по 62 административным единицам из общего числа 95 существовавших в то время. При чем были и такие места, в которых нельзя было еще наладить регистрацию актов естественного движения населения. Это преимущественно наши окраины с населением, которое и в прошлое время чрезвычайно плохо регистрировало свои акты естественного движения населения, а именно — Закавказье и Средняя Азия.

Эти обстоятельства мешали нам составить какое-нибудь ясное представление о тех условиях, в которых находилось наше население, а, следовательно, и всей нашей страны со всем ее новым бытом в течение первых лет после революции. Это же отсутствие сведений, в связи с тем фактом, который ярко бросался всем в глаза, в виде смертности от эпидемий, мешало составить представление о нашем состоянии и давало возможность распространения всевозможных небылиц о смертности и вырождении наций, входящих в состав Советского Союза. Никто из людей, которым бы следовало с умением разбираться в научном материале, не верили в настоящее возрождение союзных наций, а, наоборот, говорили только о вырождении, и только, наконец, 1923 год позволяет положить предел всем этим небылицам и старым сказкам. Правда, совершенно точного ответа на вопрос о том, в какой степени изменилось естественное движение населения, сравнительно с прежним временем, мы сейчас дать не можем, потому что точные данные за старое время имеются только для Европейской России, а новые данные мы имеем только начиная с 1922 года по тем же частям Европейской России, но, во всяком случае, сравнение может быть проведено по достаточно обширным материалам для целого ряда весьма крупных областей, а именно, мы в состоянии сравнивать естественное движение населения Европейской России за три года, накануне Европейской войны 1914—1917 г.г., которые отличались сравнительно благоприятными условиями, т.-е. это были урожайные годы, при отсутствии сколько-нибудь развитых эпидемий, в особенности детских. Данные, которые по этому поводу можно получить, сводятся к тому, что смертность с довоенным временем, а именно в 1911—12 году — средняя смертность в Европейской России составляла 27,3 на 1.000 жителей, а в 1923 году, на той же, примерно, территории — 23,7 на одну тысячу, т.-е. смертность понизилась на 3,6. Но здесь надо сказать, что 1921 год был первым годом, о котором можно говорить, как о более или менее нормальных условиях естественного движения населения для послереволюционного периода. Начиная с 1919 года, мы должны были пережить полосу жесточайших эпидемий, в особенности сыпного и возвратного тифа, связанных, конечно, с условиями ликвидации мировой войны, в первую очередь, и с разложением царской армии, которая, являясь из окопов, заносила сыпной тиф. и, наконец, громадному движению беженцев, движущихся из прифронтовой полосы. Затем неурожай 1921 года, приведший к голоду целый ряд губерний, явившийся по своим размерам, исключительным, даже, по сравнению

с 1891 годом и 1848 годом. Все это, безусловно, не могло не отразиться на условиях естественного движения населения и поэтому даже 1922 год можно считать, что имел смертность выше довоенного уровня.

Более точное представление о движении смертности за время после войны, мы имеем только по двум столицам: Москве и Ленинграду. Здесь мы можем наблюдать следующие процессы: смертность за время войны или оставалась на одном уровне, или несколько понизилась, как это было в Москве, где она достигла своего минимума в 1916 году, а затем она медленно повышалась до 1919 года, в 1919 году смертность сделала колоссальный скачок вверх, и в разгар эпидемии в 1921 году смертность достигла уровня 45 на 1.000 жителей, т.-е. равнялась двум третям и даже выше довоенного времени, а в тогдашнем Петрограде, теперешнем Ленинграде, смертность была еще выше — 56 на одну тысячу населения, т.-е. соотношение было в два раза больше против довоенного. Но в следующие годы уже смертность резко упала, и в 1923 году дошла до уровня значительно более низкого довоенного времени. Повидимому, в подобных же условиях находилась большая часть нашей территории, о чем говорят имеющиеся данные, которые, кстати сказать, очень скудны и относятся только к немногим городам.

В 1923 году мы вступили в совершенно новую полосу условий естественного движения населения. Правда, последние данные мы имеем только за 1923—24 годы, но уже тот характер, который носят эти данные, которые нам удалось собрать, доказывает, и мы с уверенностью можем сказать о том, что мы сейчас имеем не случайное понижение смертности, после которой может наступить новая волна повышенной смертности, а мы имеем глубокие процессы, свидетельствующие о действительном понижении смертности.

Несмотря на то, что 1923/24 год был неурожайным годом для целого ряда губерний и потребовалась даже продовольственная помощь, несмотря на то, что ряд детских эпидемий в 1924 г. прокатился по нашей стране, как по большей части и других европейских стран, несмотря на это смертность осталась на том же сравнительно низком уровне, что и в предыдущем году. Если взять всю территорию, относительно которой мы имеем данные, т.-е. включая сюда и часть азиатского союза, где смертность была больше, то мы имеем коэффициент смертности в 1923 году — 23 на тысячу и ровно тот же коэффициент для 1924 года. Колебания имелись по отдельным губерниям и областям, но почти везде они указывают на один и тот же процесс: повсеместное понижение смертности. Очень мало местностей, где сказывался неурожай и где смертность осталась на том же уровне. Понижение смертности определяется от $^1/_5$ до $^1/_6$. Конечно, смертность, которая у нас имеется, достаточно высока по сравнению с другими странами, но нужно принять во внимание, что 1924 год — это всего только второй год более или менее нормальный год условий нашей жизни, уже по однажды данному ему уклону, в направлении, которое должно привести к значительному понижению смертности. Данные, которые мы имеем за 1925 год, собственно, за первую половину по ряду губерний и по крупнейшим городам, свидетельствуют о дальнейшем понижении смертности. Судя по этим данным, можно думать, что в 1925 году коэффициент смертности будет не выше 21. Если иметь в виду, что на всей территории бывшей царской России хотя бы с неполными данными для азиатской России, коэффициент смертности был около 29 (для Европейской России — 27), можно думать, что сейчас мы стоим на $^1/_3$ ниже по сравнению с довоенным временем. Это мы имеем на 3-м году нормальной жизни. Между тем, процесс естественного движения населения по падению смертности развивается достаточно медленно. Этот процесс связан с глубокими изменениями в составе населения и условиями быта, и здесь все сводится к весьма долгой эволюции. Поэтому, нынешнее падение смертности, которое мы имеем, нужно признать достаточно быстрым и решительным.

Чтобы судить вернее о тех условиях, в которых мы находимся в отношении смертности, нельзя забывать, что смертность, прежде всего, есть результат возрастного состояния населения, зависящего, главным образом, от высоты рождаемости. Чем выше рождаемость каждой страны, тем выше и смертность. Это закон, незнающий исключений. Чем выше рождаемость, тем, значит, выше прирост населения в особо нежном возрасте, а как всем известно, этот возраст отличается всегда усиленной смертностью. Поэтому высокая рождаемость неизбежно влечет за собой повышение коэффициента смертности. В отношении рождаемости надо помнить о том пути, который прошли все европейские страны и в значительной мере заокеанские страны после мировой войны. Это путь обычный для каждой более или менее крупной войны, как показывает нам вся история XIX столетия. Война вызывает понижение брачности в населении, понижение рождаемости в течение, приблизительно, 1—2 лет, повышение смертности. Но затем, после того, как война пройдет, наступает повышение брачности. Это находится в связи с следующим: отложенные по случаю войны браки заключаются и население вообще проявляет повышенное стремление к заключению брака. В связи с этим повышается рождаемость, обычно этот процесс продолжается от 3 до 4 лет по окончании войны. Наиболее яркий пример мы имеем за франко-прусскую войну 70-го года, которая в литературе хорошо разработана. После мировой войны мы переживаем тот же процесс, или, вернее сказать, Европа этот процесс уже пережила. Начиная с 1918 г., когда фактически война начинает ликвидироваться, хотя официального заключения еще нет, мы замечаем, что число браков чрезвычайно повышается повсюду, не исключая и тех стран, которые прямо в войне не участвовали.

В 1920 году число браков максимально увеличивается против довоенной нормы — в 2 раза. Но с 1922/23 года начинается резкое падение брачности, а в связи с этим и рождаемости. Брачность вновь стоит на уровне довоенного времени, а рождаемость значительно ниже довоенного времени. Вспышка увеличения брачности и рождаемости оказывается кратковременной. Совершенно в особых условиях после войны очутился наш Союз. Здесь мы имеем чрезвычайный под'ем брачности в крупных городах. Начиная с 1917 г., когда фактически война начала на фронте ликвидироваться, армия сама начала разлагаться, не дождавшись формального окончания войны, мы видим, что процесс повышения брачности неуклонно идет вперед и это продолжается до настоящего времени. Колебание в сторону понижения брачности, чрезвычайно резко выразившееся в Западной Европе, начиная с 1922/23 г. у нас пока почти совершенно незаметно. В 1922/23 г. мы имеем для той территории, о которой я говорил раньше, коэффициент брачности 8 на 1000. В 1923/1924 году — 13 на 1.000, т.-е. брачность остается на $^2/_3$ выше довоенной нормы. И на этом высоком уровне брачность остается почти и по сейчас. Понижение брачности в 1924 г. очень мало, сравнительно, заметно. Если сравним одну и ту же территорию, то для 1924 г. брачность стоит на уровне 12,5% вместо 13%, т.-е. падение весьма малое. В 1925 г. наблюдается, особенно в крупных городах, новый под'ем брачности. Таким образом, сравнительно с довоенным времнем, сейчас брачность в общем и целом на $^2/_3$ выше, чем была прежде. Этот высокий уровень брачности в значительной мере определяет собою не только социальную структуру, но и ход дальнейших явлений в области, касающейся населения и его быта. Очевидно, здесь приходится установить тесную связь новой семьи с новыми условиями жизни и новым психологическим уклоном, который принесло новое время. Тут дело вовсе не в легкости заключения браков, дело вовсе не в том, что в настоящее время браки свободны и развод можно получить в любой момент. Количество разводов остается весьма незначительным. В общем и целом разводы составляют только от 5% до 6% общего числа браков. Так, что, если бы говорить

о сколько-нибудь серьезном значении разводов, то нужно сказать, что потребовалось бы 150—200 лет, чтобы при настоящем уровне разводов браки, ныне заключаемые, могли бы таким образом ликвидироваться. Действительно, смертность гораздо более могучий фактор, чем разводы в деле расторжения браков. Поэтому в брачности и в росте ее нужно рассматривать всецело факторы другого порядка, а не легкость заключения и расторжения браков. Очевидно, новые условия жизни неодолимым образом заставляют население искать новых условий существования. Одиноким становится, очевидно, жить труднее. Эта высокая брачность, конечно, должна соответствующим образом отражаться на высоте рождаемости. Рождаемость после войны у нас повысилась и достигла было почти довоенного уровня, но затем немного упала, сравнительно с довоенным уровнем. Правда, точно можно судить о движении рождаемости за весь этот период только по нескольким нашим крупным городам, и можно как раз установить, что в 1922/23 г. рождаемость дошла до уровня довоенного времени и в 1924 г. несколько понизилась, но все еще является чрезвычайно высокой.

Если обратиться к данным по целому нашему Союзу, или по тем частям его, для которых мы имеем более или менее точный материал, то мы получаем такую картину: для Европейской России накануне войны за трехлетие 1911—1913 г.г. у нас рождаемость была 438 на 10.000 человек и для 1923 г. — 425 на 10.000 человек, т.-е. рождаемость стала ниже на 10—13 чел., т.-е. на 3%. Практически это значит, что она стояла почти на довоенном уровне. Эта рождаемость, при том измеряется чрезвычайно неточным коэффициентом, который мы относим ко всему населению, тогда как на самом деле коэффициент рождаемости имеет связь с целым рядом других условий, прежде всего с процентом взрослого женского населения и, кроме того, числом мужчин, находящихся в браке. Если принять во внимание то обстоятельство, что у нас в настоящее время большое число женщин, находящихся в зрелом возрасте, и что условия смертности и движения населения во время войны пропорционально ниже, чем это было до войны, и если принять во внимание другие условия, а именно то, что число мужчин зрелого возраста значительно увеличилось, то нужно считать, что настоящий коэффициент рождаемости, отнесенный к числу брачных пар, повысился. Правда, точных ресчетов по этому поводу сделать еще невозможно, до будущей переписи населения, так как данные 1920 года, собранные в первый год революции, не могут дать представления об условиях настоящего времени. Во всяком случае, факт высокой рождаемости остается на-лицо. Эта высокая рождаемость в общем и целом держится, сколько мы можем судить, все время. Именно, если взять всю ту территорию, для которой мы располагаем данными, включая и Азиатскую часть Союза, то коэффициент общей рождаемости для всего Союза был 426 на 10.000 в 1923 г., 427 на 10.000 в 1924 г. и в 1925 г. коэффициент имеет тенденцию, по данным за первое полугодие, дойти до 430. Значит, мы даже имеем некоторое маленькое повышение общего коэффициента. Эта рождаемость является в настоящее время, как это было и до войны, самой высокой среди всех стран, которые существуют. До войны такие страны юго-востока, как: Венгрия, Болгария, Румыния, Сербия имели почти столь же высокую рождаемость, как и у нас, т.-е. если у нас рождаемость на тысячу человек была 44, то там была рождаемость от 41 до 43. В настоящее время в этих странах рождаемость значительно ниже, от 34 до 36, т.-е. уже образовалась значительная пропасть между Союзом и этими странами юго-востока Европы. О других странах нечего и говорить: рождаемость там, после кратковременного под'ема, в результате ликвидации мировой войны, стала падать в чрезвычайно высокой степени и в настоящее время дошла до таких цифр, которые много ниже, чем то было до войны. В этом отношении особенно разительный пример представляет Германия. Германия — страна, ко-

торая была когда-то с очень высокой рождаемостью, мало чем уступавшей, по крайней мере, Европейской России. Еще в 80 годах рождаемость в Германии достигла 37—38 на тысячу и накануне мировой войны — 29—30 на тысячу. Германия была страной умеренной смертности и высокой рождаемости: была страной, которая внушала следящим за этим движением, не только ученым, но и политикам, чрезвычайные опасения. Одним из серьезных опасений мировой войны было именно опасение буржуазных стран перед этим чрезвычайно быстрым ростом населения Германии, что эта высокая рождаемость может помочь ей выставить такое число солдат, которые могли бы завоевать западные державы. Вопрос этот открыто обсуждался на страницах общей печати, в особенности французской, где прирост населения сводился к нулю, в то время как Германия имела почти такой же прирост населения, как и Россия. Если Россия накануне войны имела, в среднем, около 1,9% естественного прироста населения, то Германия имела 1,7%. Разница очень небольшая. Но в настоящее время та же Германия дошла до цифры рождаемости, которая немного выше, чем во Франции: в настоящее время в Германии рождаемость упала до 21 на тысячу жителей, т.-е., сравнительно с довоенным временем, рождаемость упала по крайней мере на $^1/_3$, если не больше и рождаемость во Франции в настоящее время ниже, чем в Германии, на небольшую величину — всего на $^1/_7$. И только более низкая смертность Германии подает значительную разницу в условиях прироста населения в этих странах: в то время, как в Германии естественный прирост населения 0,7% возрос до $^1/_7$, Франция имеет вместо 0—0,1% прироста на год. В таких же условиях находятся и другие европейские страны и даже заокеанские, но наиболее стойко держится Италия. Здесь еще рождаемость чрезвычайно высока, достигая почти довоенного уровня, а временно превышая его, около 37—38 на тысячу. И в меньшей степени, пожалуй, Япония. В остальных странах мы везде наблюдаем чрезвычайное падение рождаемости. В Советском Союзе, мы, напротив, наблюдаем рождаемость, достигшую прежнего довоенного уровня.

Вот это тройное различие между Западом и нами создает, конечно, и громадную разницу в условиях смертности. Высокая рождаемость непременно должна отражаться на смертности, но тем не менее, однако же, мы не наблюдаем этого явления в той мере, в какой это наблюдалось прежде, и высокая рождаемость гораздо меньше тяготеет на нас в смысле определения величины смертности, чем то было до войны. Естественный прирост населения, начиная с 1923 г., у нас выше, чем то было в довоенное время. В довоенное время в среднем с 1911 г. по 1913 г. естественный прирост населения в Европейской России достигал 165 на 10.000 жителей — излишек родившихся над умершими. В 1923 г. для той же, примерно, территории естественный прирост населения достигал 198 на 10.000 жителей, следовательно, равно на 20% естественный прирост в 1923 г. был выше, чем в нормальное довоенное время. Это отнюдь не есть явление случайное, а это есть явление достаточно устойчивое, как показывают более поздние сведения. По всей территории, по которой мы располагаем сведениями, естественный прирост населения на 1923 г. составлял 195 на 10.000 жителей. Для 1924 г. для той же территории естественный прирост населения составлял 201 на 10.000 жителей и в 1925 г., повидимому, он достиг несколько большей величины, может быть даже достигает 210, так как смертность падала, а рождаемость имела тенденцию повышаться. Таким образом, мы имеем для последних лет непреложно установленный факт значительного повышения естественного прироста населения в нашем Союзе над довоенным временем. Это такой факт, которого больше нигде в других странах не наблюдается. В лучшем случае, мы имеем или почти тот же прирост населения, как напр., в Италии, отчасти в Японии, а в других странах, повсюду, мы имеем резкое падение этого про-

цента естественного прироста населения. Демографическое благополучие, которое так радовало близоруких политиков и даже ученых Европы, после войны оказалось преходящим, как ясно было для каждого, кто более или менее глубоко знаком с историей населения во время и после войны.

В нашем Союзе этого не наблюдается. Вот это коренное различие в условиях естественного населения заставляет нас именно искать причины в условиях существования, в которых находимся мы и находится Запад. Конечно, абсолютно у нас смертность еще более высока, чем на Западе. Это, прежде всего, потому, что у нас высокая рождаемость. Затем, кроме этого, мы унаследовали, конечно, от старого строя еще и целый ряд неблагоприятных условий, которые приводили к тому, что, независимо от высокой рождаемости, мы имеем чрезвычайно высокую смертность. Это была прежде всего поразительно высокая смертность грудных детей меньше одного года. Везде и всюду до наступления условий новых, приблизительно до 40 годов прошлого столетия, смертность эта была чрезвычайно высока. В XVIII столетии смертность эта достигала 30 на 100, т.-е. около $^1/_3$ младенцев погибало на первом году жизни. Это была высокая смертность, державшаяся всюду до 40 годов. С 40 годов на Западе и в других заокеанских странах начинается резкое падение этого процента смертности грудных детей. В старой России такого падения не наблюдалось, или почти вовсе не наблюдалось. Правда, данные так далеко не восходят, как на Западе. Они относятся к территории Европейской России к концу 60 годов, но с конца 60 до 90 годов детская смертность оставалась на одном и том же уровне — около 29, 30 на 100 в первые годы жизни родившихся умирало. И хотя смертность эта немного понизилась с начала XX столетия, но все-таки оставалась чрезвычайно высокая — около 27,3 на сто родившихся, значит, все-таки свыше $^1/_4$ детей погибало на первом году жизни.

Перелом в этом отношении, насколько можно судить по данным крупных городов, начинается сравнительно поздно и именно только в 1922 г. и становятся заметными условия, влияющие на понижение смертности грудных детей. С 1923 г. начинается очень заметное резкое падение процента смертности грудных детей на первом году жизни. В настоящее время мы имеем, правда, материал еще недостаточно обширный. По громаднейшему большинству губерний, о которых я вам говорил, мы имеем только число родившихся, умерших и число браков, которые доставляются ЗАГС'ом. Материалы, долженствующие давать картину во всей полноте движения населения во все годы, получаются пока сравнительно по немногим губерниям. Наша регистрация теоретически устроена так, что мы должны были бы располагать громадным материалом, по своему об'ему и характеру не уступающему материалу Западно-Европейскому. Ведь одновременно с совершением соответствующих актов гражданского состояния составляется не только о нем акт, но и статистическая карточка. Это было одним из больших теоретических достижений нашей статистической практики. Таким образом, статистическая карточка в момент записи совершения брака, рождаемости, смерти является достаточно полной и, повидимому, должна была бы давать наглядную картину действительности, но, к сожалению, эти статистические карточки составляются сколько-нибудь полно в гораздо меньшем числе губерний, чем данные об общем числе родившихся, умерших и сочетавшихся браком. Эти данные мы имеем в 1923 г. в очень сравнительно небольшом числе губерний, а именно мы имеем их по 21 губерниям. Правда, эти губернии рассеяны более или менее по всему пространству РСФСР и являются губерниями азиатскими, черноземными, нечерноземными и проч., так что в общем, по крайней мере, для РСФСР это достаточно полная, пожалуй, картина, потому именно, что условия эти все-таки отличаются достаточной устойчивостью, и эти 21 губерния могут служить достаточно наглядным ориентировочным материалом для

суждения о том, что делается в остальных 52 губерниях РСФСР. Они выбраны случайно, но из разных местностей. С 1923 г. смертность детей на первом году жизни в этих 21 губерниях достигает 17 на 100. Сравнительно с прежним — это, конечно, небо и земля. Раньше было 28 на 100 в нормальных условиях довоенного времени, а в первый же год, когда мы начали приходить в нормальные условия — только 17 на 100. Следовательно, смертность грудных детей упала на 40%.

Общая смертность, вы видите, упала на 16—17%, т.-е. на $^1/_6$, в лучшем случае на $^1/_5$. Если включить грудных детей, то окажется, что смертность упала на $^1/_7$. Вот громадная разница: смертность остального населения упала на $^1/_7$, а смертность грудных детей упала на $^2/_5$ своей величины. Следовательно, падение смертности грудных детей было слишком вдвое более интенсивно сравнительно с падением смертности остального населения. На этом поразительном факте стоило бы остановиться дольше, если бы в нашем распоряжении были достаточные материалы, освещающие причины этого падения смертности.

Но, к сожалению, условия настоящего времени для статистической работы еще не настолько благоприятны, чтобы мы имели данные о причинах смертности с комбинацией с возрастанием еще по меньшему числу губерний. Мы имеем эти данные за 1923 год сведения только по 9 губерниям. По 21 губернии мы имеем сведения только по 9 губерниям и это сведения только за 1 год, т. к. за 1924 год, к сожалению, до сих пор данных, кроме двух столиц, к нам не поступило, в таком виде, чтобы мы могли сделать больше выводов.

По этим 9 губерниям мы имеем материал достаточно полный и по нему можно было бы судить, если бы сам материал не был в достаточной мере дефективен. Дело в том, что как раз по отношению к грудным детям вопрос о причинах смертности даже в этих 9 губерниях зачастую остается совершенно неизвестным. Мы имеем всего 54.447 смертей грудных детей в этих губерниях и из этого числа 20.060 причин смертей не отмечено, т.-е. почти 40%. Такая неполнота регистрации, конечно, не позволяет судить точно о причинах падения этой смертности, тем более, что и в прежнее время мы имеем причины смертности грудных детей только для крупных городов и должны довольствоваться косвенными методами и соображениями.

Во всяком случае можно тут сделать одно весьма важное наблюдение. Как показывает статистика наших крупных городов до войны, а еще более косвенные статистические сведения, одной из главнейших причин смертности грудных детей являлись условия кормления. Главнейшей причиной был острый желудочно-кишечный катарр, так называемый детский понос, который преимущественно в летнее время уносил огромное количество грудных детей. Причина этого, конечно, заключалась в условиях их кормления. Замечательное исследование одного из видных статистиков показывает, что смертность грудных детей в довоенное время была выше всего там, где детей раньше отнимали от груди, где раньше их начинали подкармливать. Там же, где по бытовым условиям, население дольше держит детей на материнском молоке, смертность меньше. Как, например, татарское население, которое отнимало детей только на 2 году, а иногда даже на 3 году, и русское, которое обычно детей отнимало на 5—6 месяцев, и очень часто даже раньше во время полевых работ. Так что мы имеем не только прямые факты о том, что главной причиной являлись условия кормления детей, но и косвенные наблюдения высоких процентов смертности в районах с ранним отнятием детей от груди. В настоящее время по этим неполным данным мы имеем другую картину, а именно: желудочно-кишечный катарр не является главной причиной смертности грудных детей. Из 33.000 детей, о которых мы имеем сведения, от болезни пищеварения умерло 6.283, т.-е. $^1/_5$ часть в то время, как, по крайней мере, в крупных городах до войны больше половины умирало от болезней

органов пищеварения. Вот перед нами, таким образом, вскрывается одно из основных условий падения детской смертности.

Другое условие, которое также до некоторой степени можно иллюстрировать цифрами, хотя и недостаточно полными — это смертность от, так называемой, врожденной слабости, от тех условий, в которых дети находились в организме матери до родов, от наследственной врожденной слабости — в крупных городах эта причина смертности отмечается от 11% до 12% и даже в Ленинграде падает в 1 год до 8%. Между тем, как до войны в этих крупных городах врожденная слабость составляла от 15% до 17%, т.-е. в 1½—2 раза была выше, чем в настоящее время. В отношении Москвы и Ленинграда, мы не имеем оснований, сомневаться в точности данных, как в настоящее время, так и в прошлом. Если и были некоторые неточные данные, лишний раз занесенные на счет врожденной слабости, те, которые умирали от других причин, то едва ли это имело сколько-нибудь значительное распространение. Во всяком случае, как прежде, так и теперь один и тот же процент мог заноситься не в ту рубрику.

В деревне до сих пор большой процент отмечается умершими от врожденной слабости, но как раз для деревни мы для прежнего времени статистических данных не имеем. Вот небольшой статистический материал, который все-таки вскрывает нам причины падения детской смертности.

Это, с одной стороны, новые условия, в которых находятся дети в период своего кормления в первый год жизни, и, с другой стороны, то, что они являются на свет более крепкими, более здоровыми и меньше их сравнительно погибает от врожденной слабости. Это, конечно, можно было ожидать в отношении врожденной слабости и позднейшим условием вскармливания. Надо иметь в виду, что решающий для жизни ребенка период—это первые 2 месяца, когда смертность выше всего, с каждым днем, который ребенок проживет, сила смертности падает. На протяжении первой недели сила смертности падает в 2 раза, на протяжении 2 недель еще на 50% и т. д. Когда дети доживают до 3 месяцев, то они становятся гораздо более крепкими. Это, конечно, не относится к тем детям, которые на 3—4 месяце жизни попадают в летнюю пору и притом в такие условия, когда их во время этой летней жары полностью или частично отнимают от груди.

В отношении к тому, что делается с детьми в течение первого месяца их жизни, мы, конечно, имеем огромную разницу. Разница эта для меня сводится к тому, что мать раньше, в особенности мать трудящаяся из городского пролетариата, должна была за несколько дней до родов, а иногда в самый день родов только сниматься с работы и отправляться в родильный приют. На 4—5 день ее выбрасывали из родильного приюта и она должна была приниматься за работу. В настоящее время мать имеет 6-недельный отдых до и после родов, что влияет могущественным образом на те условия, в которых находится ребенок. Во-первых, организм матери не вынужден напрягаться над физическим трудом и делать движения, вредные для нее и для ребенка. После родов она в состоянии отдаться целиком уходу за ребенком и кормить его без помехи и более того: условия, в которых находится трудящаяся мать теперь, и находилась до войны, совершенно различны. Теперь мать имет отпуск в течение каждого дня для кормления ребенка грудью. Затем надо заметить, что вообще вопрос об охране детства у нас стоит не так, как стоял до войны в старой царской России. Но об этом я распространяться не стану, так как вы сами, работающие в этой области, лучше всех знаете, как тут обстоит дело и что тут надо сделать. Но вы, конечно, не можете не видеть, какая громадная разница с тем положением, какое существует у нас с тем, что было до нас, когда это дело было какой-то жалкой филантропией десятка разжиревших дам при самой незначительной заботе со стороны отцов

города, когда можно было хоть чем-нибудь оправдать свое назначение в общей социальной жизни. Жизнь, которую вы наблюдаете, и творцами которой вы являетесь, в точности сходится с мертвыми цифровыми показателями, которые свидетельствуют о детской смертности. После возраста младенчества дети вступают в совершенно другие условия существования. И здесь, конечно, та забота, которую проявляет Советская власть к матери и ребенку, является совершенно новой. Прочный фундамент заложен, но дальше ребенка ждут новые опасности. К сожалению, данных о смертности детей после младенческого возраста, нет или они не настолько надежны, чтобы можно было ими руководствоваться. Если взять данные о смертности детей после младенческого возраста по 21 губерниям, то, к сожалению, здесь нет надлежащих точных материалов для того, чтобы судить о той величине, которая могла бы явиться абсолютной величиной. У нас, например, нет данных, определяющих коэффициент детской смертности. Когда, например, мы определяем детскую смертность грудного ребенка, мы пользуемся средним числом рождаемости детей, каковая средняя определяется весьма простой формулой, но как только мы переходим за грудной возраст, то эти данные не могут нам служить опорным пунктом, так как здесь нам нужны прямые данные о числе детей именно данного возраста. В фабричных условиях эти данные были, потому, что там имелись точные сведения о распределении населения, и, в частности, детей по возрастам. Не зная движения населения за последнее время, мы точно также не можем точно установить данные о движении детского населения, но, принимая во внимание, что условия рождаемости у нас изменились, что повысилась брачность, мы этими данными можем руководствоваться при составлении сведений о движении детского населения. Мы имеем данные за 1920 г., но целый ряд обстоятельств не позволяет нам распространить эти данные на более позднее время, потому, что в начале рождаемость сильно упала, а затем быстро стала подниматься. Поэтому распределение по возрастам 1920 года никакого представления для распределения возрастов 1924/25 года дать не может, и поэтому, мы лишены возможности судить о движении смертности детей после младенческого возраста. С другой стороны, нужно отметить, что смертность детей в возрасте старше года и до 10 лет все же является одной из тех областей, которая до сих пор статистикой неточно исследована. Единственный вывод, который можно сделать, что детская смертность в возрасте старше года, зависящая в значительной степени от так называемых детских заразных болезней, к каковым принадлежат оспа, скарлатина, дифтерит и корь, что главным образом причины этой смертности колеблются периодически. Волна повышенной смертности на несколько лет захватывает чуть ли не весь земной шар, а затем наблюдается повсеместное понижение смертности. Например, в начале 80 годов наблюдалась колоссальная волна детских заразных заболеваний, дошедшая до максимума повсюду, которая повысила детскую смертность и у нас в возрасте от 1 до 10 лет, а затем с половины 80 годов было резкое падение детской смертности. Через 15 лет нахлынула новая волна. Еще сравнительно недавно мы пережили волну детской повышенной смертности от заразных болезней, которая захватила сначала западные страны, а потом перекинулась к нам. Наука до сих пор не может сказать о причинах этих заболеваний, тем более, что возбудители многих детских болезней неизвестны. Поэтому и я, со своей стороны, не могу сообщить вам цифровых данных, за которые можно было бы ручаться относительно детской смертности в возрасте после одного года. Можно только сказать, что в крупных городах, как Москва и Ленинград, эта смертность также обнаруживает тенденцию к понижению. В наших крупных городах падение детской смертности в возрасте от 1 до 10 лет измеряется цифрой около 12%, т.-е. примерно, составляет одну восьмую, в то время как для более взрослого населения она составляет одну пятую, а для грудных детей — $^2/_3$, так что можно

сказать, что именно для этого возраста сила смертности является более или менее устойчивой.

Вот, собственно, весь тот небольшой материал, который я мог сообщить вам в пределах моего доклада. Более серьезного материала, по интересующему вас вопросу, к сожалению, привести не могу, благодаря скудности тех данных, о которых я упоминал, но и те немногие данные, которые мы имеем, свидетельствуют, что, конечно, мы перешли в совершенно новые условия: при весьма высокой рождаемости, при колоссальной брачности, мы имеем заметное понижение детской смертности. В некоторых крупных городах мы сейчас уже имеем смертность, стоящую на уровне крупных европейских городов, и даже ниже, так, например, в Москве смертность населения ниже, чем в Париже: а именно, мы имеем общий коэффициент 14,5 на тысячу, а в Париже — 16,5 на тысячу. Но, конечно, не надо забывать, что это еще зависит от различного возрастного состава. Но как бы то ни было, в общем, мы имеем тенденцию достигнуть уровня крупных европейских центров, и та разница, которая раньше была громадной, теперь становится не ощутительной. Это несомненно громадный поворот, который тем более замечателен, что мы имеем его после ряда страшно тяжелых лет, которых не знала Западная Европа. Последние годы мировой империалистической войны, затем гражданская война, тянувшаяся на протяжении ряда лет, колоссальное беженское движение, колоссальная армия военного времени, скученная в окопах в тяжелых условиях, которая сама бежала с поля битвы в тыл, устав от этой бессмысленной бойни, тяжелые последствия неурожая 1921 года, который в нашей земледельческой стране несомненно имел колоссальное значение, — после всего этого мы находимся в сравнительно благоприятных условиях, способствующих понижению общей смертности.

И в особенности большие надежды на будущее вселяет то, что основы, условия существования грудных детей, повидимому, в настоящее время заложены более прочно и основательно, чем это было раньше. Дитя, при появлении своем на свет, встречает более благоприятные условия, чем это было раньше, условия, которые сохраняют до 40% детей этого возраста по сравнению с прошлым. У нас рождается 5½ миллионов детей. При прежних условиях смертности это было бы 2 с лишком миллиона лишних смертей. Вот эти два миллиона лишних грудных детей, которым сохраняется жизнь, это не только наша надежда, наше будущее, но и наша колоссальная ответственность, так как эти миллионы грудных детей, которые становятся в ряды борцов за всемирное счастье, их в дальнейшем должны встретить условия, при которых они могли бы полностью развернуть свои силы. Но уже то, что им дана возможность остаться живыми, этим уже сделано многое, а за дальнейшее они будут отвечать сами и сами построят то здание, краеугольный камень которого закладывается при их появлении на свет.

Вопросы санитарной статистики.

П. А. Кувшинников.

Охрана материнства и младенчества, как и всякая другая отрасль работы по охране общественного здоровья, может строиться и надлежащим образом развиваться при непременном обосновании мероприятий лечебно-профилактического и хозяйственного характера на санитарно-статистических показателях.

Так, например, новое построение сети учреждений, дополнительное развертывание ее или дальнейшее развитие деятельности учреждений в существующей сети может производиться с наибольшей выгодой для дела и с наименьшей затратой сил и средств при условии достаточного знакомства с состоянием и движением рождаемости населения, смертности и заболеваемости детских групп его, а также при условии уяснения характера и об'ема работы существующих учреждений.

Равным образом, разработка мероприятий по улучшению бытовых и социальных условий жизни детского населения и женского населения производительного периода применительно к местным условиям может быть произведена на основе данных статистического исследования соответствующего круга явлений в отношении этих групп населения.

Далее, выяснение в практических и научных целях результатов воздействия отдельных мероприятий или системы их на обслуживаемые группы населения, особенно детские группы, возможно на основе статистического изучения физического развития их и смертности среди той части их, которая находилась под наблюдением соответствующих учреждений.

Примеры указанного рода могут быть при желании значительно увеличены; но и приведенных ссылок достаточно, чтобы признать необходимость планомерного и систематического проведения работ по статистическому исследованию детской смертности, физического развития детских групп населения, учета деятельности всего комплекса учреждений по охране материнства и младенчества и исследованию социальных и бытовых факторов, определяющих современное положение детей и матерей.

Организованное осуществление работ по только-что названным видам исследований, предполагающее удовлетворение основных вопросов, возникающих в работе местных органов и обще-государственного центра, с одной стороны, и построение самых работ в согласии с основными показаниями санитарно-статистической теории и практики, с другой стороны, возможно лишь на началах проведения единства главнейших элементов в исследованиях как в фазе наблюдения, так и в фазе обработки и сводки материалов.

Совершенно очевидно, что такого рода об'единение не может иметь ограничительного характера; оно должно носить значение общеобязательного минимума, на почве которого могут и должны строиться и развиваться

работы. Такое толкование единства системы является практически необходимым, ибо отказ от него, как обнаруживает практика работ в ряде отраслей по охране народного здравия и отчасти местные работы по охране материнства и младенчества, влечет за собою не раз'яснение положения, а усложнение его ошибочными выводами.

В целях проведения единства наблюдений по состоянию физического развития, заболеваемости и социально-экономических условий следует установить и принять единые программы формуляров для регистрации всех обращающихся в учреждения охраны материнства и младенчества. Последнее является необходимым, потому что существующая практика обнаруживает значительные разноречия в этой области в наиболее мощных местных организациях.

Исходными материалами для разрешения данного вопроса могут служить разработанные отделом охраны материнства и младенчества Наркомздрава, на основе собранных местных образцов программы записей для консультаций.

Одной из особенностей этих программ является то, что каждая из них удерживает в меру возможности в своем составе определенный круг вопросов, имеющих статистическое значение. Принятие этого начала подсказывается необходимостью прослеживания изменений некоторых основных элементов в постоянном развертывании их по возрасту.

Существенным элементом в деле обработки и сводки материалов по заболеваемости и смертности детского населения, состоящего под наблюдением специальных учреждений, являются: а) классификация и номенклатура болезней и причин смерти и б) возрастная группировка. Первая важна потому, что является средством для правильной передачи от регистрирующих инстанций к разрабатывающим наблюдениям о характере патологических изменений, отмеченных в процессе наблюдения, а вторая — потому, что дает основания для разного рода сопоставлений.

Для установления общности в деле номенклатуры надлежит признать срочную постановку на очередь вопроса о выработке ее. В целях обеспечения необходимых сравнений результатов специальных исследований с данными массовых наблюдений, она должна быть построена на основе развития общепринятой НКЗ и НСУ в 1924 г. номенклатуры болезней и причин смерти.

В отношении возрастной группировки следует принять следующую схему минимума для детей грудного возраста: первая неделя — по дням, первый месяц — по неделям, первый год — по группам: менее 1 мес., 1 мес., 2—3 мес., 4—5 мес., 6—12 мес. Для женщин производительного возраста (15—45 л.) соответствующая группировка устанавливается по общепринятым правилам (15—19 л., 20—24 г., 25—29 л., 30—34 г., 35—39 л., 40—44 г., или 15—19 л., 20—29 л., 30—39 л., 40—44 г.).

Вторым не менее существенным элементом в деле сводки материалов, в части, относящейся к учету деятельности учреждений охраны материнства и младенчества, является единообразие системы отчетности. По опыту работ, проделанному в этой области за последние годы, можно признать достаточно установленным, что система эта должна быть построена, во-первых, на началах месячной и годовой отчетности отдельных учреждений перед их губернским центром, и, во-вторых, при соблюдении минимальных требований в программном смысле для месячной отчетности, предусматривающих нужды текущих вопросов, но ни в коей мере не заменяющих собою основные разработки материалов.

Наконец, третьей частью рассматриваемой области, подлежащей урегулированию в государственном об'еме, является вопрос о программе разработки данных по смертности детей грудного возраста, программе, отвечающей специальным запросам практики охраны материнства и младенчества. В виду

того, что работы этого порядка находятся в ведении органов Центр. Стат. Управл., следует признать необходимым совместную с последним разработку самой программы и разработку мероприятий по проведению ее в жизнь. В качестве обязательного минимума программа эта должна предусматривать поволостное определение смертности детей первых трех лет в отношении городских поселений с числом жителей не менее, чем в 10.000 человек.

В интересах надлежащего использования данных, получаемых в результате обработки первичных материалов по смертности и физическому развитию, использования, отвечающему основным требованиям статистической методологии, необходимо поручить отделу охраны материнства и младенчества НКЗ издать соответствующее краткое практическое руководство для работников в этой области, а также принять меры к популяризации специальной методологии на страницах журнала по изучению раннего детского возраста.

Резолюция по докладу.

1. Для правильного развития работы по охране материнства и младенчества она должна быть обоснована санитарно-статистическими показаниями.

2. Необходимо проведение единообразной формы регистрации и отчетности не только по типовым учреждениям, но и по всем учреждениям СССР. Годовая отчетность должна производиться с 1 января по 1 января. Отчетность должна проводиться по следующей схеме: учреждения отчитываются перед губернским п/отделом ежемесячно; губернии перед центром по установленным годовым отчетам.

3. Необходимо срочно издать отдельной книжкой инструкции по предложенной регистрации форм отчетностей, по единообразию физических методов измерения и по исчислению детской смертности в учреждениях охраны материнства и младенчества.

4. Необходимо срочно разработать классификацию и номенклатуру болезней и причин детской смертности до 3—4 лет.

5. Возрастную группировку с'езд рекомендует принять для грудных детей: для первой недели по дням; первый месяц — по неделям; первый год — по группам: менее 1 мес., 2—3 мес., 4—5 мес., 6—12 мес. Для женщин производительного возраста (15—45 лет): от 15—19 лет, 20—24 г., 25—29 л., 30—34 г., 35—39 л., 40—44 г. или 15—29 л., 30—39 л. и 40—44 г.

6. Необходимо настоять, чтобы Центральным Статистическим Управлением разрабатывались не только данные о детской смертности по губерниям, но и поволостное определение детской смертности.

7. Принять предложенные д-ром Жорно формы счетоводства и отчетности в молочных кухнях и просить отдел охраны материнства и младенчества НКЗ их отпечатать [1]).

---

[1]) Доклад д-ра ЖОРНО «Счетоводство и отчетность в молочных кухнях» был заслушан на статистической секции с'езда.

Государственный научный институт охраны материнства и младенчества Наркомздрава.

Проф. Г. Н. Сперанский.

Широкая волна борьбы с детской смертностью и заботы о матери, начавшиеся во Франции в конце 80 годов, прошлого столетия и захватившие все страны, вызвала к жизни необходимость теоретического изучения ряда научных вопросов как медицинского, так и социального характера. Результатом этого явилось быстрое развитие области физиологии, патологии и гигиены раннего возраста, детальная разработка статистических данных по смертности женщин и детей, с изучением зависимости последней от экономических и культурно-бытовых условий жизни, и целый ряд новых фактов в различных областях. Без такой предварительной или параллельной разработки вопросов этой отрасли социальной гигиены невозможно дальнейшее планомерное продвижение всего дела, имеющего громадное социальное значение в жизни страны. На-ряду с этим выяснилась также необходимость иметь достаточный кадр работников, подготовленных к практической работе в ряде учреждений, путем которых осуществляется часть охраны материнства и младенчества. Так как общие медицинские школы не имеют возможности широко удовлетворить этим требованиям, то возникновение специальных институтов охраны материнства и младенчества является естественным. Опыт западных стран, да и наш собственный, показывает, что как только забота о матери и ребенке выходит из рамок благотворительности, тотчас является потребность в учреждении, удовлетворяющим вышеуказанным целям . Так возник в Германии Augusta Victoria Haus, как только консультации по уходу за детьми раннего возраста и молочные кухни получили значительное распространение. Первым шагом покойного Раухфусса при учреждении им Всероссийского попечительства по охране материнства и младенчества была разработка плана Научного Института; как только Московское Общество борьбы с детской смертностью начало свою деятельность в виде консультаций и стационария, тотчас была учреждена научная комиссия и открыты курсы для врачей.

Широкая постановка охраны материнства и младенчества в государственном масштабе в СССР и исключительно быстрый рост учреждений Отдела, когда на каждом шагу требовался уже определенный опыт на целый ряд научно-практических вопросов, требовался квалифицированный врачебный и средний персонал, естественно поставили Отдел перед необходимостью иметь такое учреждение, которое удовлетворяло бы этим требованиям.

В жизни Государственного Научного Института Охраны Материнства и Младенчества мы различаем 3 периода:

1. Уничтожение старого воспитательного дома, на развалинах которого выросло новое учреждение «Дом Охраны Младенца» с рядом отделений,

сформированных согласно современным требованиям, изолированных друг от друга, обслуживающихся сестрами под руководством врачей-специалистов. Была устроена консультация для детей раннего возраста, молочная кухня, распределитель и т. д. Д. О. М. выполнял назначение вместе с практическими учреждениями Московского П/Отдела Охраны Материнства и Младенчества по призрению подкидышей и сирот в раннем возрасте. И на-ряду с Домами Матери и Ребенка, яслями, консультациями он являлся одним из показательных учреждений НКЗ. Конференция врачей и совещание научных работников несли большую работу по выработке организационных форм и детализировании работы внутри учреждения, улучшения наблюдения за ребенком и изучения его, повышение качества историй развития и историй болезни, поднятия квалификации врачей и сестер. Был разработан план прохождения стажа врачами-ассистентами (теперь ординаторами) и сами конференции приобрели характер главным образом научно-образовательный. Постепенно развивалась лабораторная деятельность в связи с требованиями отделений и научными запросами.

Бывшее родовспомогательное заведение при воспитательном доме было переформировано Отделом в Институт Акушерства, при чем было произведено внутреннее переустройство учреждения с приспособлением его для научной работы и подготовки частью врачей, а главным образом акушерок.

Дом Охраны Младенца сделался центральным учреждением, куда со всей республики стали приезжать врачи, чувствовавшие острую потребность познакомиться с постановкой учреждений по уходу за ребенком, с новейшими научными достижениями в области физиологии и патологии раннего возраста. Часть врачей являлась в Д. О. М на короткий срок, лишь для ознакомления, но много врачей стремилось попасть в него для более продолжительной работы, для подготовки к деятельности в области охраны материнства и младенчества; образовался так называемый кадр экстернов, срок работы для которых был установлен в 1 год. Этот наплыв врачей, а с другой стороны назревшая потребность в планомерном подготовлении врачей для учреждений по раннему возрасту и повышения квалификации врачей, уже работающих в таких учреждениях, поставили Отдел перед необходимостью создать из Дома Охраны Младенчества уже специальный научный институт для указанных целей, так как он обладал всеми данными для этого.

Второй период жизни нашего института начинается соединением Института Акушерства, Дома Охраны Младенца и части показательных учреждений в один институт, разработкой устава и утверждением его коллегией НКЗ, 10 ноября 1922 года. Первой крупной переменой в жизни института явилось прекращение им приема подкидышей, который всецело уже перешел в учреждения Московского П/Отдела и сокращение числа мест в отделениях. Далее, в план института входило устройство и расширение лабораторий, кабинетов, устройство аудитории, улучшение постановки библиотеки и т. д. Были переустроены некоторые из отделений с приспособлением их к научным и педагогическим задачам института путем оборудования при них малых лабораторий. Таким образом к концу 1923 года институт состоял из следующих частей:

I. *Группа женских отделений,* состоявшая в свою очередь из: 1) акушерского; 2) гинекологического; 3) лазаретного отделения для послеродовых инфекций; 4) амбулатории, и 5) отделения для новорожденных.

II. *Группа детских отделений:* 1) 2 — грудных детей до 1 года для изучения физиологических процессов, вскармливания и ухода за нормальными детьми и еще 2 отделения для старших детей, находящихся уже исключительно на искусственном вскармливании; 2) педологическое отделение для более старших детей от 13 лет, где начато изучение поведения (психологии) ребенка и методов воспитания в раннем возрасте; 3) клиническое для изу-

чения болезненных форм, встречающихся у детей с рождения до 3 лет; 4) отделение для детей с врожденным сифилисом; 5) отделение для недоношенных детей; 6) санаторные отделения при ст. «Лосиноостровская», Северных ж. д., для слабых и туберкулезных детей и, наконец, 7) распределитель, через который проходят все дети старше 3 месяцев, прежде чем поступить в одно из отделений института.

В эту же группу надо отнести и отделения открытого типа: ясли для детей от рождения до 1 года и от 1—3 л., и консультацию для детей раннего возраста с патронажем.

III. *Группа научно-вспомогательных отделений:* 1) лаборатория общеклиническая и бактериологическая; 2) патолого-анатомический кабинет с музеем; 3) рентгеновский кабинет; 4) молочная кухня и 5) библиотека.

За 1924—25 год были оборудованы и устроены: 1) консультация для женщин (имени А. Н. Рахманова); 2) физиологическая и био-химическая лаборатория; 3) закончено оборудование образцовой молочной кухни; 4) 2-е клиническое отделение с палатой для туберкулезных (имени проф. А. А. Киселя); 5) педологический кабинет; 6) часть малых лабораторий при отделениях; 7) аудитория для лекций и заседаний. Последняя помещается в специально отремонтированном здании вместе с библиотекой, био-химической лабораторией и паталого-анатомическим кабинетом.

Третий период института наступает с утверждением его Совнаркомом и введением нового устава 14 августа 1925 года, когда он приобретает права высшего научно-учебного исследовательского учреждения и окончательно присоединяется к институтам для усовершенствования врачей.

Цели и задачи института и состав его, согласно §§ 4 и 5 устава, следующие:

а) Всесторонее изучение здорового и больного ребенка раннего возраста (до 3—4 лет), научная разработка вопросов общей педологии, методики воспитания и ухода за детьми раннего возраста; научная разработка вопросов по личной, профессиональной и социальной гигиене женщины в связи с общими вопросами охраны материнства и младенчества и рациональной организации родовспоможения. Всестороннее изучение постановки дела охраны материнства и младенчества.

б) Теоретическое и практическое научное усовершенствование врачей путем устройства постоянных и периодических курсов.

в) Подготовка квалифицированных специалистов и организаторов-практиков для деятельности в области охраны материнства и младенчества, а также содействие в организации подготовки сестер-воспитательниц и акушерок для учреждений по охране материнства и младенчества.

г) Организация для выполнения указанных выше задач соответствующих учреждений стационарного, амбулаторного и лабораторного типа, в целях показательных, научно-исследовательских или преподавательских.

д) Содействие отделу в рациональной постановке работы учреждений по охране материнства и младенчества на местах, в распространении среди деятелей этой области и широких масс научных сведений о ребенке раннего возраста, его физиологии, патологии, гигиене и педагогике, а также о задачах и достижениях в деле охраны материнства и младенчества в СССР и других странах.

е) Научно-литературная работа в области охраны материнства и младенчества.

Состав института.

Государственный научный институт охраны материнства и младенчества состоит из следующих кафедр, с соответствующими клиниками, поликлиниками и лабораториями:

1. Кафедра акушерства.
2. » физиологии раннего детского возраста.
3. » патологии раннего детского возраста.
4. » биологии ребенка и матери.
5. » педологии и педагогики раннего возраста.
6. » охраны материнства и младенчества.

Примечание. При необходимости число клинических отделений, специальных кафедр и вспомогательных учреждений может быть увеличено или изменено каждый раз с особого разрешения Наркомздрава.

В 1925/26 уч. году в институте устраиваются:

1) Хирургическое отделение.
2) Амбулатория при люэтическом отделении.
3) Светолечебный и рентгеновский кабинет (последний в новом помещении с новым оборудованием).
4) Специальное отделение для курсисток на курсах сестер-воспитательниц.
5) Отделение для беременных.
6) Летняя площадка для детей, посещающих консультацию.
7) Школа для матерей.

Помещения института, находящиеся большею частью в старых зданиях, постепенно подвергаются ремонту с новейшим оборудованием: так в 1924 г. были ремонтированы женские отделения, проведен газ и поставлены газовые приборы, в 1925 году производили ремонт части детских отделений и на 1926 год назначен ремонт остальных детских отделений.

Научная работа института находится в ведении совета во главе с директором. Несмотря на продолжавшуюся и до сих пор не прекращавшуюся еще внутреннюю организационную работу по сформированию, несмотря на очень трудные годы и недостаток средств, научная работа института идет все усиливающимся темпом. В научных конференциях института, в ученых обществах и на с'ездах врачами института сделано за это время более 200 докладов; напечатан ряд трудов в русских и иностранных журналах и в виде отдельных изданий научного и популярного характера. Нельзя не отметить выступление института с работами своих сотрудников на III Всесоюзном с'езде детских врачей в Ленинграде. Научным органом института является «Журнал по изучению раннего детского возраста», появившийся уже в 3 томах.

Во всех отделениях института теперь ведутся научные работы, идет подготовка к IV с'езду врачей педиатров и к с'езду акушеров и гинекологов.

Педагогическая работа института требовала, кроме научной и повседневной работы, пожалуй, и наибольшего напряжения сил персонала, особенно первое время. В институте и находящихся в связи с ним акушерском техникуме и курсах для сестер-воспитательниц получают образование врачи, акушерки и сестры. Последние идут уже по выработанному пути, хотя и у них образование подверглось значительному изменению и улучшению за последние годы, о чем вам сообщит один из следующих докладчиков. Что же касается врачей, то в начале работы последняя затруднялась как отсутствием опыта и строго выработанного плана, так и случайным, пестрым составом врачей. Так первый год пришлось заниматься с группами врачей, которые шли в институт с различной подготовкой и на различное время: ординаторы на 3 года, экстерны на 1 год, педологи на 4 мес., инструктора на 6 мес., стажеры на 1 год, командированные с мест на 3 мес. В данное время у нас установлено 3 группы учащихся и получающих квалификацию врачей: ординаторы — 3 года (8 штатных и 50 сверхштатных), стажеры — 1 год (45—50 человек) и командированные с мест — 3 мес. (сначала 7, потом 14, теперь

30 чел. в каждое полугодие). В общей сложности с начала педагогической деятельности института в нем прошло: 8 ординаторов, более 200 врачей годичный стаж и около 100 командированных с мест врачей.

Ординаторы проходят через все отделения института, неся ответственную работу по исследованию детей, помогая работе ассистента и заведующего отделением врача в их педагогической и научной работе; кроме того, они близко знакомятся с административно-организационной стороной учреждения. Каждый из ординаторов за 3 года работы обязан представить не менее двух научных работ, докладываемых в конференциях врачей или ученых обществах. По окончании своего стажа ординатор является высоко-квалифицированным работником, пригодным для самостоятельного заведывания учреждениями.

Работа со стажерами. Стажеры разделяются на группы по 15—40 чел. каждая и направляются в различные отделения института. Работа с ними главным образом практическая у постели ребенка, где они выполняют обязанности ординатора, пишут историю развития (болезни), производят необходимые клинические и лабораторные исследования под наблюдением ординаторов, ассистентов и заведущего отделением врача. Во время обхода последнего они ведут разбор порученного им ребенка, участвуя в обсуждении диагноза, плана кормления и лечения ребенка и обсуждении тех научных вопросов, которые возникают в связи с тем или иным случаем. Прежде чем приступить к работе в отделениях в качестве палатного врача, стажеры все проходят 2-недельный стаж сестры для ознакомления с работой сестры, выполняя все ее обязанности до ночных дежурств включительно. Работа в отделениях распределяется таким образом:

Сестринский стаж	2 нед.
Физиологический стаж	10 »
Клинический стаж	10 »
Инфекционный стаж	3 »
Люэтич. отд.	4 »
Женск. отд.	3 »
Молочн. кухня	3 »
Мелкие отд. [1])	2 »
Консультация д/детей	4 »
Общественный стаж	4 »
Вечернее занят. (совм. с друг. отд.)	
Лаборатор. (с 2 ч. дня)	4 »
Педагогич. отд.	3 »

Кроме работы в отделении со стажерами ведутся семинарии на различные темы, приблизительно раз в неделю во всех отделениях, где они работают, под руководством заведующих отделениями или ассистентов. Далее, 5 раз в неделю стажеры слушают лекции, читаемые как преподавателями института, так частью и частными преподавателями. Если прибавить к этому обязательную работу в общественных организациях, подготовку к семинариям и к обходам и посещение научных конференций, понятно станет, что стажерам приходится работать очень много и подготовка к их будущей деятельности является довольно основательной. К сожалению, их обще-медицинская подготовка в большинстве случаев заставляет желать лучшего, хотя с каждым годом несомненно повышается.

Дефектом планового характера является то, что эти врачи прямо со школьной скамьи специализируются по раннему детскому возрасту, не получив подготовки по педиатрии вообще, что несомненно отразится на их будущей деятельности. Еще с более разнообразным запасом знаний являются врачи с мест. Испытав в жизни свои силы и знания, они приезжают, пожа-

[1]) Отд. для новорожденных, недоносков, ясли, дом матери и ребенка.

луй, с более определенными требованиями, чем стажеры, но требуют введения их в определенные рамки, чтобы не разбросаться среди занятий. Поэтому план работы с ними устанавливается путем личных переговоров, после чего они направляются в соответствующее отделение. В большинстве случаев главная работа для них намечается по 4 группам: в физиологическом, клиническом отд., консультации и молочной кухне. Кроме того, они слушают лекции, посещают конференции и принимают участие в специальных беседах, для них устраиваемых. Запросы их превышают отпущенное для их командировки время, но все-таки большинство их уезжает с достаточным запасом новых сведений и с большой возможностью плодотворно работать. В этой работе с врачами приходится иметь в виду цель подготовки. Прежде предполагалось дать молодым врачам квалификацию для работы в учреждениях для детей раннего возраста, но теперь с расширением сети учреждений и обхватом ими деревни приходится думать о враче-работнике по охране материнства и младенчества вообще. Мы определенно можем сказать, что подготовка таких врачей для города и для деревни должна быть различная. Для городов с дифференцированными учреждениями необходимы два типа врачей-специалистов: акушера с педиатрической подготовкой и врача-педиатра, знакомого теоретически и практически с гигиеной и профилактикой акушерства. Для деревни, где акушерская помощь осуществляется участковым врачем, и специалист акушер является еще недоступным для мало дифференцированной помощи в участке, педиатр будет в данное время, пожалуй, более полезным работником, но только его образование должно быть расширено в сторону практического знакомства с профилактикой акушерства, гигиеной беременной и помощи при нормальных родах. В его обязанности несомненно входит ведение консультаций для детей и для женщин, наблюдение за детьми в родильном отделении больницы и санпросветительная деятельность по охране матери и ребенка, уменье отличить патологическую беременность с тем, чтобы заранее направить женщину в родильное отделение. Отсюда вытекает и расширение плана при подготовке стажеров и также необходимость работников с мест посылать для усовершенствования не только по детскому возрасту, но и по акушерству, и, наконец, усовершенствование участковых врачей в области акушерства.

Кроме того, ряд участковых врачей вовлекается сейчас вообще в работу по охране материнства и младенчества, поэтому они нуждаются в дополнении своих сведений по раннему детскому возрасту.

Это усовершенствование врачей, уже работающих на местах, не должно происходить одновременно с командировкой их в наш институт, а они должны для этого направляться в государственный институт акушерства и гинекологии в Ленинграде. Участковые же врачи получают пополнение образования в государственном институте для усовершенствования врачей, где ведутся соответствующие курсы.

Наш институт не является, конечно, окончательно сформированным учреждением, но все же до известной степени можно считать законченным его оборудование, для чисто медицинской и биологической научной и педагогической работы, для которых условия несомненно созданы. Ближайшее расширение его деятельности, которое должно войти в план следующего учебного года, должно заключаться в следующем:

I. *В научной части:*

1) развить изучение и разработку социальных вопросов, связанных с охраной материнства и младенчества;

2) взять на себя разработку материалов, как самого института, так и получаемых с мест;

3) собирать материалы и данные других стран, и

4) более глубоко изучать постановку и типы учреждений по охране материнства и младенчества.

Одним словом, требуется научно-поставленная разработка вопросов социальной гигиены матери и ребенка. Все это относится к кафедре охраны материнства и младенчества института и на нее должно быть обращено теперь особенное внимание совета института.

II. *В области педагогической:*

1) изменить план преподавания стажерам усилением подготовки их по нормальному акушерству, тигиене женщины и профилактике заболеваний. Для этого надо хлопотать об удлинении срока стажирования и изменить работу в женских отделениях;

2) изменить план лекций, приняв установку на командированных с мест врачей, которые должны получать каждое полугодие законченный курс.

Мы надеемся, что дружными усилиями работников нашего института и других товарищей с мест мы сможем преодолеть все трудности, встречающиеся на нашем пути и быть полезными в разработке по осуществлению стоящих перед республикой задач по охране матери и ребенка.

Ленинградский научный институт охраны материнства и младенчества.

Д-р Ю. А. Менделева.

Ленинградский институт охраны материнства и младенчества имеет своей задачей изучение способов борьбы с детской смертностью: детальное изучение организма ребенка как больного, так и здорового, изучение физиологии, анатомии, патологии раннего возраста, изучение среды, вредных условий, которые влияют на здоровье ребенка, изучение и научная разработка вопросов психологии и педологии грудного и малого ребенка.

Профилактическая работа института тесно связана с лечебной.

В процессе развития ребенка грудного и малого возраста легко происходят отклонения от физиологии к патологии.

Имея своей задачей изучение в полной мере организма раннего детского возраста, Институт изучает и патологию этого возраста, а также ведет научную работу в Клинических Отделениях. Необходимость клинических отделений при Институте диктуется тем, что организм грудного и малого ребенка изучается более полно тогда, когда производится наблюдение и над его патологическим состоянием.

Институт находится в ведении Ленинградского Губздравотдела и содержится, главным образом, на местной смете, а также, частично, на госбюджете, на средствах лечебно-страхового фонда и специальных средствах.

В Институте представлены все типы учреждений охраны материнства и младенчества открытого и закрытого призрения, как показательные.

В организационном отношении Институт разделяется, в соответствии со своими основными задачами, на следующие Отделения:

А. Женское Отделение.

Отделение заключает в своем составе: консультацию для беременных (726 посещений в месяц), Родильное Отделение (30 коек), Дом Матери и Ребенка (25 коек).

Б. Детское Отделение.

I. Физиологическое:

а) Распределители для малюток (90 коек);
б) Дом Грудного Ребенка (60 коек);
в) Дома Малюток (105 коек);
г) Отдел недоносков и послеродовое (25 коек).

II. Клиническое:

а) Грудная клиника (50 коек);
б) Терапевтическое Отделение (55 коек);
в) Хирургическое Отделение (75 коек);
г) Сифилитическое Отделение (25 коек);
д) Гоноррейное Отд. (60 коек);
е) Туберкулезное Отд. (в стадии организации);
ж) Поликлиника (2.400 посещений в месяц);
з) Инфекционно-Профилактическ. Отд., в состав которого входит также сомнительное отделение на 20 боксов.

Из учреждений открытого типа имеются: пункт охраны материнства и младенчества с консультацией для грудных детей (4 кабинета) и патронажем. В периоде организации — патронат и ясли.

Консультация для беременных со специальными кабинетами и аудиторией для санитарно-просветительной работы.

В Женских Отделениях Института производится изучение вопросов физиологии, диэтетики, профессиональной гигиены матери, гигиены беременности, родов и послеродового периода. Консультации для беременных, Родильное и Предродовое Отд. дают возможность провести профилактику зародыша и будущего потомства, охраняя здоровье матери. Для этой же цели имеются в Институте специальные консультации для профилактики врожденных особенностей.

Институт уделяет особое внимание изучению обмена веществ при расстройствах питания алиментарного, инфекционного и конституционального происхождения, а также изучению флоры пищеварительного тракта при расстройствах питания.

Исключительное внимание обращено на борьбу с детским туберкулезом. Для этой цели организуется Туберкулезное Отделение, где будут изучаться все меры предупредительного характера и применяться новейшие методы лечения туберкулеза (искусственный пнеймоторакс грудным детям, сывороточное лечение и т. д.).

Клинические Отделения имеют, как практическое, так и научное значение, как учреждения, в которых происходит изучение патологии детского возраста и способов борьбы с детскими заболеваниями, соответственно физиологическим особенностям грудного и младшего возраста. Во всех Клинических Отделениях ведутся научные работы.

Работа в Поликлинике ведется под профилактическим уклоном. Поликлиника имеет кабинеты: по терапии, хирургии, ушным, глазным, венерологическим заболеваниям, зубоврачебный, физио-терапевтический, рентгеновский и кварцевую лампу.

Намечены работы по изучению вопросов спазмофилии, невропатии, туберкулеза детей в условиях их домашней обстановки, влияния кварцевого лечения на течение рахита в условиях амбулаторной помощи. Для проведения диспансеризации намечена организация патронажа и проведение популярных лекций в аудитории поликлиники с родителями, а также усиливается связь с местными общественными организациями социальной помощи.

Инфекционно-профилактическое Отделение об'единяет работу по борьбе с внутренними инфекциями в учреждениях Института, ведет научную разработку вопросов инфекционной, специфической профилактики (активной и пассивной иммунизации), изучает влияние витаминов на устойчивость детского организма, как в смысле заражения, так и перенесения инфекционных заболеваний.

Учреждения закрытого типа об'единены в физиологическом Отделении, в котором ведутся работы по изучению физиологии и психологии ран-

него детского возраста, изучаются морфологические, функциональные особенности детского организма в отношении различных систем и органов, а также изучается нормальная диэтетика детей. По всем этим вопросам ведутся научные работы.

Научно-вспомогательными учреждениями Института являются: 1) большая молочная станция, хорошо оборудованная необходимыми приборами для исследования молока. В ней производится приготовление разного рода смесей для питания больных и здоровых детей грудного возраста; 2) медицинская кухня прикорма для грудников и для малюток до двух лет.

В этих учреждениях ведутся работы научно-практического и учебного характера.

Био-химическая, физиологическая и бактериологическая лаборатория, патолого-анатомическое отделение с музеем, рентгеновский кабинет, кварцевые лампы и библиотека обслуживают все Отделения Института.

В задачи Отдела входит: 1) юридическая консультация — советы матерям и беременным по охране их труда, охране их прав, а также прав внебрачного ребенка. 2) Индивидуальные обследования социального положения матерей и беременных совместно с культурно-просветительной работой. 3) Образование кадра подготовленных обследователей. 4) Научная разработка вопросов профессиональной и социальной гигиены женщины, ее профессиональной заболеваемости в связи с общими вопросами Охраны Материнства и Младенчества.

Статистическое Отделение имеет целью: 1) выяснить цифровую характеристику об'ема работ Института. 2) Дать характеристику отдельных способов и методов работы Института путем сравнения заболеваемости и смертности в отдельных учреждениях Института за длительные промежутки времени. 3) Установить регистрационные формы и подготовить материал за длительные периоды наблюдения для научных исследований в области заболеваемости и смертности ребенка и матери, а также производить научно-статистическую обработку этих материалов.

В задачи Института входит изучение системы типов и форм учреждений Охраны Материнства и Младенчества и специальная подготовка персонала для работы в этих учреждениях.

Учебной деятельностью Института руководит Педагогическая Комиссия, работающая при Совете Института. При Институте имеются: курсы врачей стажеров (50 врачей годичных), курсы для усовершенствования врачей (25 врачей), Институт экстернов (35 врачей), нормальная школа сестер (50 сестер) и курсы переподготовки сестер (80 слушательниц).

Наличие в Институте всех типов учреждений по Охране Материнства и Младенчества дает возможность вести с курсантами теоретические и практические занятия в полной мере. Кроме указанных курсов имеются еще школы матери и курсы нянь-крестьянок для сельских яслей.

Культурно-Просветительный Отдел занят разработкой методов и форм культурно-просветительной работы по охране материнства и младенчества и ведет работу среди матерей всех Отделений Института и среди матерей и беременных, посещающих консультацию, а также среди делегаток Женотдела, работающих по Охране Матмлада.

Издательская деятельность Института находится в периоде организации: намечены к изданию учебники для врачей и сестер по работе в области охраны материнства и младенчества. Намечено издание популярной литературы санитарно-гигиенического характера.

Всей научной деятельностью Института руководит Совет, в состав которого входят: Директор Института, научные руководители, научные консультанты, представители Губздравотдела и Союза «Медсантруд».

При Совете Института работают постоянные Комиссии: педагогическая, редакционная, методическая и библиотечная.

Все Отделения Института находятся под руководством опытных врачей. К работе привлечены лучшие ленинградские специалисты, которые ведут в Институте научную работу.

Работа Института постепенно расширяется и углубляется, однако, отсутствие достаточных средств, не дает возможности более усиленным темпом развернуть деятельность Института для выполнения в полном об'еме намеченных им задач.

О подготовке среднего персонала для учреждений материнства и младенчества.

А. И. Лагутяева.

Вся работа с'езда, как доклады с мест, так и программные доклады, очертив современное состояние Охраны Материнства и Младенчества, выявила, что в задачи ее входит не только забота о физическом благосостоянии матери и ребенка в течение беременности, родов, периода кормления, но и забота о психическом воспитании ребенка, о просвещении самой матери и о защите ее в юридически-правовом отношении.

Такая широта и многообразие задач *выдвигает потребность в создании нового типа работников Охраны Материнства и Младенчества.*

Прежняя акушерка, ставившая себе целью только подачу помощи во время родов, не может отвечать на поставленные в настоящее время жизнью запросы. Подтверждение этого мы слышали в докладах с мест.

В настоящее время, кроме специально акушерских знаний от нее требуется знакомство с физиологией и даже патологией грудного ребенка, знакомство с организационной работой в области Охраны Материнства и Младенчества, знакомство с вопросами диспансеризации и юридически-правовыми нормами женской жизни. Те же общественно-медицинские требования пред'являются и к сестре-воспитательнице, у которой специальная подготовка углублена в сторону теоретических и практических знаний в области физиологии, патологии и психического воспитания ребенка от рождения до 3-х лет.

Таким образом, ясно, что и та, и другая, т.-е. и акушерка, и сестра-воспитательница не могут быть только узкими специалистами одна по уходу за матерью, другая — за ребенком, — но и та и другая должна быть *общественно-медицинским работником.*

Такому *типу общественно-медицинского работника в полной мере могут отвечать лишь люди определенного психо-физического уровня и умственного развития.* Это должны быть, прежде всего, люди физически здоровые, т. к. напряженный ночной труд, как у акушерки, так и у сестры, требует много сил и выносливости. Этот ночной труд губительно действует на организмы, подточенные начальным туберкулезом, и быстро перед ним становится дилемма: или сохранение здоровья, или работа и прогрессирующий недуг, а с ним инвалидность. Также и с болезнями сердца. Это, с одной стороны; с другой стороны, требования гигиены и профилактики не допускают сестру, больную туберкулезом, сифилисом, гонореей, заразными кожными болезнями, в детские учреждения так же, как и акушерку к постели роженицы.

Огромное значение имеет также и *состояние психики и нервной системы.*

Ряд нервных болезней, как эпилепсия, тяжелая истерия и неврастения совершенно исключают возможность ответственной работы, которая поручается акушерке или сестре по роду их деятельности. Также и психическая неуравновешенность, не говоря уже о психических заболеваниях, представляют прямую угрозу благополучию матери и ребенка.

Большая ответственность, которая возлагается на акушерку, как лицо, подающее специальную акушерскую помощь матери и ребенку, необходимость уметь не потеряться в затруднительных положениях, которые могут встретиться в течение родов, умение воздействовать на мать в привитии ей санитарно-гигиенических навыков, в борьбе с ее предрассудками, требуют от сестры и от акушерки *большого умственного развития,* так как жизнью доказано, что дело пропаганды идей Охраны Материнства и Младенчества, находясь в руках лица с недостаточным умственным развитием, может дать результаты как раз обратные желаемым.

Чтобы работа по такой широкой профилактической дисциплине, какою является Охрана Материнства и Младенчества, была *«делом рук самих трудящихся», необходимо формировать кадры акушерок и сестер-воспитательниц* из представительниц женских трудящихся масс. На окраинах к этой работе должны привлекаться представительницы местной народности, в этом часто лежит первое условие возможности знакомства населения с идеей Охраны Материнства и Младенчества.

Однако, нужно помнить, что для получения специальных знаний в должном об'еме необходима *достаточно высокая общая подготовка.* Опыт предыдущих лет показал нам, что недостаточно подготовленные по общим предметам, малограмотные не в состоянии были охватить, взять из того, что им преподавалось на курсах, и это делало их малоценными работниками, если им все же удавалось окончить курсы. Мы должны изжить эту малограмотность: те, кто хотят подготовляться, как специалистки, к будущей работе по Охране Материнства и Младенчества, должны быть в начале достаточно подготовлены в смысле общей грамотности к будущей работе.

На огромном протяжении нашего Союза *еще долгие годы акушерская помощь будет находиться в руках акушерок,* еще долго им одним придется нести ответственную работу по оказанию помощи в родах женщине и ребенку, и лишь немногие в городах, в родильных учреждениях будут работать, как ближайшие сотрудницы с врачем, пользуясь его руководством и разделяя с ним ответственность. Понятно, что в виду величины и ответственности задачи, которую ставит жизнь перед акушеркой, выходя на работу, она должна быть основательно вооружена специальными знаниями, которые являются результатом солидной специальной подготовки.

Работа сестры-воспитательницы не менее ответственна, т. к. фактически детская смертность в нашем Союзе, в известной степени, зависит и от ее работы. Этот новый еще, выдвинутый революцией персонал сразу же поставлен жизнью в первые ряды работников по Охране Материнства и Младенчества: на них лежит агитационная, организационная и специальная работа. Недостаточно организовать учреждения, — пропаганда, агитация идет в нашей работе значительно меньше на собраниях и докладах, — главным образом, она идет путем кропотливой, тщательной, вдумчивой работы сестры, в результате которой является благосостояние и здоровье детей и падение детской смертности. Вот главное, что говорит матерям во много раз понятнее и убедительнее за идею Охраны Материнства и Младенчества и что требует от сестры *основательной специальной подготовки, как практической, так и теоретической.*

Огромное значение для успешности работы персонала имеет преданность его идее Охраны Материнства и Младенчества, его любовь к своему

делу. Поэтому хорошей сестрой или акушеркой может быть лишь лицо, имеющее склонность к этого рода работе.

Подготовка нового типа общественно-медицинского работника ложится не только на Акушерские Техникумы и Школы Сестер-Воспитательниц, но и на местные, командирующие работниц организации.

В очень высоком проценте успех подготовки зависит от состава командируемых, а потому при отборе местные организации должны подвергнуть каждую из кандидаток тщательной, всесторонней оценке. Оценка должна быть, прежде всего, с точки зрения здоровья, как физического, так и нервно-психического, с точки зрения проявленной уже работоспособности, сознательности в отношении к работе, безусловной честности и *любви* к тому делу, на которое они посылаются. Должно быть обращено серьезное внимание на подготовленность кандидатки к учебе. На местных организациях должна лежать *забота о подготовке своих кандидаток по общим предметам,* как желательные работницы по своей работоспособности, одаренности или другим качествам, и особенно о подготовке нацменок.

Необходимость такого тщательного отбора подтверждается цифрами семилетней работы Курсов Сестер-Воспитательниц: с самого начала их организации состав слушательниц, главным образом, формировался из делегаток П/отделов Охраны Материнства и Младенчества. Благодаря недостаточно внимательному отношению мест, на курсы присылался элемент совершенно случайный, а зачастую лица не только не подходящие к будущей работе, но заведомо недостойные быть общественными работниками, в результате чего с 18-го по 24 г. на курсах оканчивало из присланного состава лишь от 50 до 55%, а из окончивших действительными работниками в нашей области, т.-е. теми, кто был в состоянии вполне взять от курсов все, что они давали по состоянию своего умственного развития, здоровья, общей подготовленности, было не более 60%.

При поступлении командированные подлежат вторичному отбору — проверки с точки зрения их психо-физического состояния и подготовленности. Производится медицинское обследование поступающих и проверка их общеобразовательной подготовки. В настоящее время, по предложению Главпрофобра, производится и психо-техническое исследование, которое имело пока лишь подсобное значение при оценке пригодности командированных.

Теперь хочу познакомить вас с нашей постоянной работой по подготовке акушерок и сестер и с теми изменениями, какие в последние годы были введены нами.

С этого года при поступлении в Акушерский Техникум нами производилось испытание в об'еме 7-летки, т.-е. требовались знания предметов 2 ступени единой Трудовой школы. С самого начала курса преподаваемые все предметы освещаются с точки зрения идей Охраны Материнства и Младенчества. Я здесь не буду останавливаться на методической стороне преподавания, скажу только, что в Акушерском Техникуме после обще-биологической подготовки на 1 курсе преподавание специальных предметов углублено и расширено в сторону не только знаний, но и уменья ими пользоваться. Это проводится как в теоретическом изучении предметов, так и в практическом. Для практической работы мы пользуемся, во-первых, материалом Женских Отделений Государственного Научного Института по Охране Материнства и Младенчества (родильня, комната новорожденных и т. д.), во-вторых, материалом одного из больших Род. Домов Московского Отдела Охр. Мат. и Млад. — Род. Дом имени Крупской, который по количеству материала значительно превосходит наши отделения (у нас около 40 родильных коек, а там 120). С открытием консультаций для беременных нами введен в практические работы патронаж с последующим отчетом в нем и обсуждением его с врачем, ведущим консультацию. Из этой же кон-

сультации исходит и ведется вокруг нее общественный практикум учащихся, устанавливающий связь с условиями труда и быта женщин, обслуживаемых консультацией. Здесь же в консультации ведется ими культурно-просветительная работа среди женщин. Кроме того, в настоящем году на последнем курсе вводится знакомство с юридически-правовыми нормами, касающимися женщины-матери.

В Школу Сестер-Воспитательниц в этом году мы принимали после испытания за I ступень. В первый год обучения в Школе Сестер-Воспитательниц много времени (почти все первое полугодие) уделяется общеобразовательным предметам и обществоведению. Только во втором полугодии мы приступаем к специальным предметам по физиологии, педагогике и педологии детского возраста, изучая их как теоретически, так и практически. Клиникой Курсов являются детские отделения Государственного Научного Института Охраны Материнства и Младенчества. Хотя программа проходится, как и прежде в те же 2 года, однако, за последний год мы несколько сузили теоретическое прохождение специальных предметов, углубив практические занятия.

Из новых предметов мы ввели знакомство с юридическими нормами и с работою юридической консультации.

Для развития четкости и точности работы, а также для того, чтобы научить сестру уменью ориентироваться при работе в любой обстановке и развить в ней самостоятельность, мы ввели интересный опыт работы курсисток из детских отделений Института: это отделение имеет штатный персонал только в лице старшей сестры, все же отделение обслуживается в качестве рядовых сестер и нянь-курсантками. Мы еще не сделали окончательного вывода, но первые шаги не дают нам повода раскаиваться в нашем нововведении.

Что касается общественной работы, то она ведется во всех учреждениях открытого типа, как то консультациях, яслях, домах матери и ребенка и др. и касается, как обследований труда, быта и условий жизни матерей и детей, так и культ- и санпросвещения.

Считаю необходимым остановиться на материальной стороне курсов: Акушерский Техникум и Школа Сестер-Воспитательниц получают средства от Главпрофобра на зарплату преподавателям и служащим, на учебные пособия и очень незначительные суммы на хозяйственные расходы. Львиная доля хозрасходов по содержанию общежития ложится на Отдел Охраны Материнства и Младенчества. Платы за право учения с учениц у нас не введено.

Учащиеся, командированные из губерний, получают общежитие, в нем койку, постельное белье. Всем остальным они должны быть обеспечены от командирующих их организаций. Вот тут-то дело обстоит не всегда благополучно. Снабжение с мест очень различно по величине стипендии, но, можно сказать, очень однообразно в отношении неаккуратности снабжения. Курсистки обычно сидят по месяцам без денег, еле питаясь. Найти подходящую работу, которая позволяла бы совмещение с учебой, очень трудно, особенно людям приехавшим издалека и не имеющим никаких специальных знаний; зачастую берутся за тяжелый труд по разгрузке вагонов и пр., отвлекаясь от учебы и, следовательно, отставая от курса. Иногда же бывает и так, что через 5 — 6 месяцев ученья вдруг получается извещение, что такая-то вовсе снята со стипендии. Все это не благоприятствует качеству работы наших командированных.

В дальнейшей нашей работе мы хотели бы поставить лозунг: — «*повышение качества выпускаемых работников Охраны Материнства и Младенчества может быть, даже в ущерб количеству*». Для этого мы, прежде всего, считаем необходимым тесное сотрудничество с периферией в отношении отбора присылаемых на курсы делегаток, в отношении *большей заботы* о них

в виде своевременной присылки им стипендий, которые обеспечивали бы им возможность учиться, не отрываясь для подручной работы из-за куска хлеба. Для этого же мы считаем необходимым пред'явить большую требовательность к общей подготовке, посылаемых на курсы, — не ниже 7 классов 2 ступени. Особенно это важно в приложении к Школе Сестер-Воспитательниц: педолого-педагогическая работа, культ- и санпросветительная работа требуют от сестры большего развития и подготовки, чем то, с каким ее получаем с 1 ступени.

На общую подготовку уходит у нас большая часть 1 года учебы. Мы тратим это время, урывая его от специальных предметов и практических работ, а жизнь требует от нас сестер несколько высшей квалификации, чем те, за немногим исключением, которых мы выпускаем. Дальнейшее углубление и расширение не только знания, но и уменья, обучение патронажной работе при проведении в жизнь методов диспансеризации, проведения принципов профилактики стоят перед нами как наши задачи. Особо индивидуальное внимание будет нами обращено на подготовку специалистов из нацменок, которым придется быть пионерами в работе Охраны Материнства и Младенчества на своей родине.

Охрана материнства и младенчества в Англии.

Проф. Г. Н. Сперанский.

Могучая волна движения по охране младенца, начавшись во Франции в 80-х годах прошлого столетия, захватывает постепенно все больший и больший круг и теперь не только в Европе и Америке, но, можно сказать, во всем мире нет страны, где этот вопрос не занимал бы одно из наиболее видных мест в жизни государства и самого населения. Стоит взглянуть на таблицу смертности детей на 1 году жизни по всем странам, где за последние 50 лет были более или менее точные цифровые данные, чтобы сказать, что со времени начала вышеупомянутого движения по борьбе с детской смертностью всюду идет определенное понижение % смертности маленьких детей; исключение представляет Россия, где только за последнее время эта цифра тронулась с бывшей постоянной мертвой точки. Англия тоже была захвачена этой волной и после 1905 года, после международного конгресса по борьбе с детской смертностью в Париже и в Англии стали возникать небольшие общества помощи матери и ребенку по частной инициативе, на благотворительные средства.

Англия страна, где вообще в высокой степени легко и просто создаются общества без каких-либо сложных формальностей. Этот процесс возникновения частных обществ всякого рода помощи детям происходит в Англии и теперь. Население в известной своей части очень интересуется этим вопросом, хотя и смотрит на него с точки зрения благотворительности. В 1911 году эти общества, преследующие одну и ту же или близкие цели, стали об'единяться, — так образовалась Ассоциация детских консультаций и школ для матерей, устраивались конференции по различным вопросам охраны матери и ребенка и, наконец, из представителей этих конференций возникла более широкая ассоциация для борьбы с детской смертностью в раннем возрасте и для заботы о детях дошкольного возраста. Данная организация об'единила уже большое число мелких обществ и широко развернула свою деятельность в различных областях, особенно по подготовке персонала и стала продвигать свои планы уже через правительственные органы. Закон о регистрации новорожденных, о котором будет речь ниже, создан по предложению и настоянию этой Ассоциации.

Наконец, уже в 1915 году в виду значительного разрастания числа обществ и организаций, было решено создать *Центральный Совет* из представителей этих обществ, об'единив их все для установления единой линии направления. Этот Центральный Совет об'единяет нижеследующие общества и федерации:

Корнваллийская федерация
Нортумберландская и Ньюкастльская федерации
Северо-западная федерация
Чешаерская федерация
Дорамская федерация
Лондонская федерация
Иоркширская федерация
Хердфортшаерская федерация
Ассоц. консультаций для матерей и детей.
Научное общество здоровья
Центральный Совет, находящийся под покровительством Британского О-ва Кр. Кр.
Центральный комитет помощи увечным детям
Институт для слепых детей
О-во обучения матерей
Передвижная детская выставка
Лига здоровья и охраны матери и ребенка
Ассоциац. помощи больным детям
Совет детской недели
Институт акушерства
О-во детей, принадлежащих государству
О-во детских садов и яслей
Совет заботы о незамужней матери и ее ребенке
Национ. ассоц. для борьбы со смертн. грудных детей

Примечание: Под федерацией разумеется об'единение ряда учреждений и небольших обществ одной местности, которое имеет одного или двух представителей в Центральном Совете, как и каждое из более крупных обществ и организаций.

Работа по об'единению этих обществ продолжается и до сих пор. Число членов Совета в 1924 году было — 49, но по уставу может быть доведено до 100.

Теперь Ц. С. находится под покровительством Британского О-ва Кр. Креста, которое делегирует туда 4 членов и субсидирует Совет из своих средств.

Совет не вмешивается в дела отдельных обществ, а имеет целью:

1) Координировать работу различных национальных и местных добровольных организаций, работающих по охране материнства и младенчества, организуя снабжение и раздачу сумм и распределение работников как добровольных, так и платных.

2) Устраивать новые учреждения, руководить и поддерживать существующие учреждения путем государственных субсидий и благотворительных сборов.

3) Образовывать и специализировать общественных работников по охране материнства, младенчества и детства и помогать увеличению числа и поднятию качества их.

Совет выделил из себя Исполнительный Комитет, который дает отчет каждые ¼ года.

Органом Совета является основанный им журнал.

Средства, получаемые Ц. С., собираются, главным образом, из пожертвований. Так, при самом основании Совет получил пожертвование в 10 т. фунтов ст., затем в 21 году из капитала миллионера Карнеш, было выделено Совету 40 т. ф. ст.

На эти деньги на Picadilly, 117, в Лондоне, был учрежден дом имени Карнеш, где находятся информационные бюро каждого общества, входящего в состав Совета, можно получить все справки о них, здесь регистрируются и имеют совместные заседания общества, имеющиеся в Лондоне. В аудиториях этого дома имеют место лекции, курсы для сестер, публичные лекции. Здесь имеется библиотека, склад изданий и т. д.

Таким образом, развитие дела охраны материнства и младенчества в Англии шло исключительно путем частной инициативы, благотворительности и общественного об'единения организаций.

В 1915 году было учреждено в Англии министерство здравоохранения и при нем отдел Охраны Материнства, Младенчества и Детства, который для развития своей деятельности решил воспользоваться готовым аппаратом. Для этого он входит в тесную связь с Ц. С., посылает туда своих 4 представителей, подчиняет организации на местах своим местным органам — санитарному Управлению в лице инспектора здоровья (Medical officer of health), оставляя, впрочем, за учреждением полную самостоятельность, их об'единение и связь с Ц. С.

Министерство начинает поддерживать учреждения, польза которых признается Ц. С., оплачивая им 50% расходов. В тех местах, где не хватает общественных учреждений, открываются правительственные, которые уже всецело им обеспечиваются. Эти учреждения (по преимуществу консультации), в своей работе находятся в тесном контакте с общественными, в них часто работает один и тот же врач, они входят в одну федерацию. Всецело взята в руки правительственных органов регистрация рождаемости, смертности, заболеваемости, — вообще статистическая часть.

Центральные учреждения, т.-е. Ц. С. и Отдел Охраны Материнства, Младенчества и Детства министерства здоровья находятся тоже в тесном контакте друг с другом в своей работе.

Таким образом, Охрана Материнства и Младенчества сделалась в Англии делом государственным и своеобразным подходом к существующим учреждениям без вытеснения частной инициативы, с постепенным захватом в свое ведение этих учреждений, но, с другой стороны, пока без твердо намеченного заранее плана, проводимого правительством.

Следует обратить внимание на только что упомянутую регистрацию рождений. Она, как уже было сказано, возникла по настоянию Ассоциации учреждений по охране матери и ребенка и проведена законодательным путем.

В каждом случае рождения обязанность отца ребенка, если он проживает в этом же доме или же какого-либо другого лица, находящегося при матери во время родов, заявить не позднее 3-х часов с момента рождения о появлении на свет ребенка местному санитарному управлению. Этот закон относится ко всякому ребенку, родившемуся по истечении 28 недель беременности, независимо от того, родился ли он живой или мертвый.

Заявление это посылается по почте на особой карточке с оплаченной уже маркой с необходимыми для санитарного инспектора сведениями.

Далее не позднее 21 дня со времени рождения ребенка отец должен зарегистрировать его в мерии. Невыполнение этих требований карается штрафом. Таким образом, учреждения по охране ребенка имеют через Санитарного инспектора всегда сведения о каждом вновь родившемся ребенке и направляют туда сестру для установления связи с консультацией.

Что касается учреждений по охране материнства и младенчества, то типы их в Англии те же, что и у нас и в Германии, но постановка дела далеко еще не образцовая.

Большая часть учреждений сосредоточена в городах и при том крупных, мелкие же города и селения или же совсем не имеют охраны или же она представлена одной или двумя сестрами, которые приглашаются городским самоуправлением через ассоциацию сестер. Они несут обязанности городских акушерок, оказывают помощь на дому детям, куда их направляют санитарный инспектор или вольнопрактикующие врачи.

Сами учреждения не представляют чего-либо оригинального. Консультации работают в большинстве случаев только два раза в неделю, самый прием ведется довольно шаблонным образом.

Учреждения закрытого типа, пожалуй, еще более неинтересны ни с внешней стороны (за исключением очень немногих в крупных центрах), ни со стороны работы в них. Всюду принцип благотворительности налагает свою характерную печать. Одним словом, нам учиться в них нечему.

Наиболее интересными являются, так называемые, Центры охраны матери и ребенка. Вот краткое описание одного из них, помещающегося в беднейшей части Лондона — Уайтчаппель.

Здание, частью приспособленное, частью специально выстроенное; стены внутри отделаны панелью из зеленых блестящих плиток. Чистота безукоризненная, несмотря на тесноту помещения. Это учреждение заключает в себе: 1) консультацию для матерей, где врачем, кроме приема, ведутся беседы с матерями, при чем посещение последними этих бесед обязательно; 2) родильное отделение (300 родов в год), палаты маленькие на 2 — 5 кроватей; последние все оплачены благотворителями, но, несмотря на это, роды все платные (только при удостоверении о невозможности платить — даром); 3) консультация для детей в специально выстроенном помещении, более просторном, с молочной кухней и аптекой (!). Молоко и смеси продаются по цене ниже рыночной; 4) патронаж, выполняемый сестрами учреждения, ра-

ботающими в то же время 2 раза в консультации. По указанию санитарного инспектора эти сестры посещают вновь родившихся и привлекают матерей в консультацию. Работа этих трех сестер с 9 утра до 5 вечера, при чем они посещают 160 семей. Весь персонал учреждения состоит из: 2 врачей, 1 старшей сестры, 1 акушерки, которая является помощницей старшей сестры, 3 сестер для помощи на дому и патронажа и 10 учениц, проходящих стаж на сестру или акушерку. Старшая сестра получает 150 фунтов ст. в год на всем готовом, остальные — 115 ф., сестры посетительницы— 160 ф. на своем иждивении и квартире, получая стол в дни приема в консультации. Ученицы сами платят 30 ф. за каждые 6 мес. обучения; но имеют помещение и стол при учреждении. При некоторых центрах организованы клубы для матерей, дешевые столовые, школы для обучения уходу за ребенком, кройке и шитью и т. д.

Интересной является подготовка сестер. Девушки принимаются в учреждения после беседы с matron (старшей сестрой) и после представления свидетельства от врача об общем здоровье, данными о состоянии зубов и полости рта и школы о характере, поведении и успехах при прохождении курса в об'еме нашей школы 2 ступени приблизительно. После месячного испытания с ними подписывается договор на 18 мес. работы в качестве сиделки и обучающейся на звание сестры.

Строгая дисциплина и подчинение matron. Характер обучения — преимущественно практический. Они, выполняя обязанности сиделок или помощниц сестер, поступают на выучку к одной из штатных сестер и работают под ее надзором. В установленные часы они ходят на лекции по физиологии, патологии, гигиене ребенка. Через 18 мес. эти кандидатки в сестры подвергаются испытанию и после 6-месячного стажа в каком-либо учреждении имеют право получить место штатной сестры. Для получения звания акушерки требуется еще 6 мес. или 12 мес. обучения и 6 мес. стажа в одном из родильных учреждений.

Точность в выполнении, дисциплинированность, аккуратность, безукоризненная чистота в работе и содержании ребенка и помещения — характерные свойства английских сестер. Если принять во внимание большую самостоятельность в их работе в провинции, то, считаясь с общим числом их для Англии — около 10.000, — можно сказать с уверенностью, что на них лежит главная часть работы по охране материнства и младенчества в Англии.

Несколько слов о призрении детей, не имеющих родителей. Эти дети при наличии значительного числа благотворительных обществ и добровольных агентов последних очень быстро распределяются в семьи на платное воспитание или усыновление. Строгий контроль, который ведется по уходу за этими детьми теми же сестрами и агентами обществ и попечительств о бедных и закон о детях 1908 года, предусматривающий все возможности эксплоатации или небрежного отношения к взятому на воспитание ребенку и карающий не только штрафом, но и судом виновных, достаточно защищают этих детей. Часть сирот и покинутых детей попадают в закрытые учреждения католических и других религиозных организаций.

Подводя итог вопросу о постановке дела охраны материнства и младенчества в Англии, можно сказать, что: 1) необходимость такой охраны сознана частью населения, но не проникла еще в толщу его (малая посещаемость консультаций); 2) сознана правительством, которое постепенно берет дело в свои руки, оставляя свободу для частной благотворительности; 3) в работе не чувствуется жизни, под'ема, есть исполнение долга, но нет души; 4) сама система при всей ее гибкости не обладает единым планом, может быть, находится еще в периоде исканий, которые предоставлены частной инициативе.

Об охране материнства и младенчества в Германии.

Н. Ф. Альтгаузен.

История и развитие охраны материнства и младенчества в Германии за последние 25 лет обусловливаются несколькими причинами и обстоятельствами. К началу нашего столетия все более развивающаяся конкуренция на мировом рынке, все яснее обозначающаяся необходимость готовиться к войне, для чего нужно иметь большое количество граждан в стране, с другой же стороны ясно обозначившаяся склонность германского населения к уменьшению деторождения стали настойчиво требовать возможного сокращения детской смертности и воспитания более крепкого населения. С другой стороны, все более возрастающая индустриализация страны с вовлечением в промышленность все более и более растущего количества женщин, ясно осознаваемое вредное влияние многих производств на женский организм заставляли искать путей помощи женщинам при отправлении ими обязанностей материнства. К этому времени теоретическими трудами и практическими наблюдениями врачей были уже собраны данные относительно причин детской смертности в раннем детском возрасте с одной стороны, а, с другой, выявились уже ясно те организационные формы, которые основываясь на научных данных, давали надежду на успешную борьбу с детской смертностью и заболеваемостью, а также и на успешную борьбу за здоровье женщины-матери. И мы видим в начале этого столетия быстрый рост всего движения вплоть до войны 1914 года. Война оказала на развитие дела охраны материнства и младенчества чрезвычайно глубокое, можно сказать, революционизирующее влияние. Война с ее тяжелыми последствиями резко изменила весь семейный быть, дала сразу громадное количество сирот, оторвала еще большее количество женщин от домашнего очага — они пошли на фабрики и заводы, они стали заменять мужчин — рождаемость резко пала, детская смертность перестала уменьшаться, наступила опасность остановки роста населения, подобной во Франции. Вопрос охраны материнства и младенчества встал во всей своей важности перед всеми классами населения и перед правительством и на основе прежних законов, местных постановлений отдельных государств, на основе опыта работы официальных учреждений и опыта общественных организаций, обществ и союзов был выработан имперский закон об охране подрастающего поколения в широком смысле этого слова: сюда вошла в части своей и охрана младенчества.

В настоящее время охрана материнства и младенчества покоится на 3 основных законах: о страховании, об охране подрастающего поколения, «о попечении» (оба последние изданы в 1924 году). Здесь необходимо указать, что в деле развития охраны материнства и младенчества громадную

роль сыграли общественные организации различных родов и отдельные лица, которые исполняли тяжелую пионерскую работу по охране материнства и младенчества задолго до признания государством необходимости этой работы.

Закон об охранении здоровья подрастающего поколения является очень важным и касается многих вопросов охраны здоровья детей всех возрастов. Характерная черта его — это та, что закон, главным образом, печется об охране здоровья детей, угрожаемых каким-нибудь неблагоприятным обстоятельством жизни. В частности, в области охраны материнства и младенчества закон обращает, главным образом, внимание на тех грудных детей, которые больше других умирают: на внебрачных детей или тех, которым условия жизни в родительской семье не дают гигиенического минимума. Вообще — нужно сказать — немецкие общественники — врачи, считаясь с ограниченностью средств, находящихся в их распоряжении, считают, что эти ограниченные средства нужно истратить там, где можно достигнуть максимума пользы, и не нужно их тратить там, где играет известного рода чувствительность или исключительно научная заинтересованность. Таким образом, слабые недоноски, не привлекут усиленного внимания врача немецкой консультации; он считает излишним затрачивать максимум труда на неполноценного индивидуума; но нормальный внебрачный ребенок получает от него все возможное, потому что здесь можно нормального ребенка спасти наверняка, сделать из него наверняка здорового гражданина. Забота о внебрачных детях настолько ясна и настолько налажена, что даже возникло утверждение, что внебрачным детям живется лучше, чем брачным.

Закон, о котором идет речь, с помощью должностного опекунства над всеми внебрачными или находящимися в тяжелых условиях детьми помогает матери и ребенку еще до родов: беременная женщина может получить с определенного периода беременности, «защитника плода», вопрос о получении от отца ребенка алиментов опекун выясняет еще до появления на свет ребенка; опекун далее не только теоретически добивается присуждения алиментов, но и практически их добывает в случае уклонения ответчика; этого ему добиться сравнительно легко — много легче, чем матери, так как все официальные шаги он делает через крупную организацию, везде он является сведующим представителем ребенка.

Тут уместно указать, кто составляет главную массу опекунов. Это по большей части или лица с законченным юридическим образованием и административным опытом или лица, служившие достаточно долго в самоуправлениях (напр., секретари Городской Думы), с образованием, как правило, не ниже средней школы и имеющие за собою несколько административно юридических испытаний при переходе с одной должности в городском самоуправлении на другую; частично это лица по той или другой причине перешедшие на эту социальную работу из других профессий: педагоги, врачи, служители религиозных культов. Работа опекунов нелегкая, заботам каждого вверяется до 600 детей при канцелярии (в Берлине) в 2 штатных единицы, и вместе с тем им вменяется в обязанность *не сухое формальное отношение к опекаемым, а близкое и горячее отношение к ним;* из беседы с одним из таких опекунов у нас сложилось впечатление, что работа эта поглощает человека целиком, и что она вместе с тем дает очень большое удовлетворение. Хотя к началу этого столетия, как выше сказано, научные данные об охране материнства и младенчества уже были настолько полны, что явилась возможность рациональных мероприятий, но для дальнейшей углубленной разработки вопросов борьбы с детской смертностью было учреждено в 1909 г. новое грандиозное учреждение в общеимперском масштабе, так называемый, «Дом Августы Виктории для борьбы со смертностью грудных детей». Около вышеуказанного «Дома для борьбы со смертностью грудных детей» об'еди-

нились в своей организационной и научной деятельности главнейшие организации, занимающиеся работой со смертностью грудных детей: Отдел организации охраны грудных детей, Немецкое Об'единение Охраны Грудных Детей, Немецкий Ясельный Союз, Прусская Центральная Организация Охраны Грудных Детей, Отдел Охраны Материнства и Младенчества в Берлине, Немецкая Помощь Грудному и Маленькому Ребенку; отсюда по всей Германии расходились и расходятся руководящие принципы, сюда стекаются, здесь систематизируется весь грандиозный статистический и научный материал в богатой библиотеке; каждый врач и деятель по охране материнства и младенчества находит здесь нужное ему указание и руководство и не только немецкий врач, но и врачи со всего света находят здесь радушную встречу и готовность служить делу охраны материнства и младенчества.

Кроме этого специального Института *научная работа* по всем направлениям охраны материнства и младенчества ведется клиниками, больницами, домами матери и ребенка — вообще всеми учреждениями охраны материнства и младенчества.

Германия в начале этого столетия явилась творцом *нового закрытого призрения грудных детей.* С именами профессора Гейбнера, Багинского и особенно Шлоссмана связано понятие о том, что исчезло то совершенно отрицательное отношение к закрытому призрению грудных детей, которое установилось у врачей во всех странах света. Основываясь на научных данных о причинах смертности грудных детей, заразительности каждого грудного ребенка для рядом лежащего, о безусловной необходимости так называемой «изоляции в массе», т.-е. о таком режиме в учреждении для грудных детей, при котором не будет повторенных мелких инфекций, о безусловной необходимости женского молока для больного грудного ребенка, германские педиатры установили такой тип учреждения для грудных детей, который освободил врачей и родственников от того панического страха, с которым прежде отдавали грудных детей в учреждения. Шлоссман показал на примере своего «Приюта грудного ребенка» в Дрездене, что и здорового и больного грудного ребенка можно смело поместить в закрытое учреждение при 3-х условиях:

1) при отличном оборудовании;

2) при отличном культурном и добросовестном персонале — врачах и сестрах;

3) при наличии кормилиц в достаточном количестве для вскармливания маленьких грудных и лечения заболевших грудных детей.

Пользуясь опытом, вынесенным в клинике проф. Гайбнера и всесторонним знанием научной и практической педиатрии и применяя вышеуказанные принципы, профессор Финкельштейн реорганизовал Берлинский Воспитательный Дом и получил блестящие результаты, смертность и заболеваемость упала значительно. После всех этих опытов закрытое призрение как здоровых, так и больных грудных детей стало на вполне твердую, научно и практически обоснованную почву. Но это совершенно не значит, что закрытое призрение стало в Германии первенствующим. Напротив, с самого начала немецкие врачи увидели, что закрытое призрение должно ограничиваться наименьшими размерами: оно должно принимать детей только в самых неотложных случаях, а вся работа по охране материнства и младенчества должна итти по линии открытого призрения. За это говорили особенно 2 обстоятельства: 1) необходимость для блага ребенка, для лучшего его душевного и телесного развития, сохранения связи с матерью; 2) непомерная дороговизна закрытого призрения и невозможность обслужить закрытым призрением всех нуждающихся.

Если можно сказать, что Германия явилась творцом нового закрытого призрения грудных детей, то необходимо указать, что Германия своеобразно, умело и целесообразно использовала тот опыт, который так счастливо поста-

вила с открытым призрением Франция; по образцу французских консультаций для грудных детей, но с некоторыми изменениями немцы построили свои *«места попечения о грудных детях»*, которые в Берлине начали свою работу в 1905 году; устроены они были и содержались сначала на благотворительные средства — затем город их целиком стал содержать и развивать. Эти места для попечения о грудных детях сразу взяли правильный курс на культурно-просветительную работу. В виду того, что работа по охране материнства и младенчества была новым делом и совершенно непривычным в укладе немецкой медицины и в виду того, что она носила ярко выраженный характер социального мероприятия, для введения в обиход этих мест, для попечения о грудных детях, пришлось преодолеть многие затруднения, и первое и главное — это боязнь практикующих врачей, что новые учреждения отнимут у них заработок, тем более, что совет давался бесплатно. Было проведено такое положение, что эти консультации для грудных детей будут давать *только советы по вскармливанию и уходу,* но что больные дети будут лечиться у практикующих врачей — вольнопрактикующих или состоящих в страховых кассах.

Далее встретилось затруднение такого характера: совет консультации бесплатен — бесплатной медицинской помощью могли пользоваться только граждане официально признанные «бедными» — «бедные» же граждане, пользующиеся бесплатной медицинской помощью, лишались некоторых гражданских прав; таким образом, мать, нуждающаяся в помощи при воспитании ребенка и обращающаяся в консультацию, лишалась бы прав гражданства. Было издано *поэтому особое постановление, по которому помощь консультации не приравнивается к помощи «бедным», а является широким профилактическим мероприятием, которое должно охватить по возможности всех детей грудного возраста, без различия имущественного состояния.*

Консультация в настоящее время охватывает во многих местах большинство населения. Ее задачи и формы частично остались старыми, т.-е. чисто профилактическими, частично немецкие врачи считают необходимым придать им и лечебные функции (напр., при сифилисе). Конечно, и в смысле профилактики консультация расширила свои задачи: например, в сторону профилактики туберкулеза.

Чрезвычайно важным звеном в призрении грудных детей является в Германии *отдача детей на платное воспитание,* которое является необходимейшей и основною частью в деле охраны материнства и младенчества. Если мы выше указали, что страх перед отдачей грудного ребенка в учреждение исчез, то этому способствовало и то, что детей не воспитывали все время в учреждении, а старались отдать на воспитание в семьи достаточно культурных и добросовестных женщин, которые с большим успехом взращивали детей.

К семьям, берущим к себе ребенка на воспитание, пред'являлись определенные требования по точно выработанным инструкциям, дети обязательно стоят под контролем консультации; кроме того, ребенок состоит в ведении своего должностного опекуна; затем семьи, имеющие такого воспитанника, подчиняются еще контролю и со стороны полиции.

Отношение воспитательниц к детям по отзывам врачей и по нашим наблюдениям самое лучшее и результаты этого воспитания очень плодотворны; получаются дети, производящие самое лучшее впечатление в смысле и телесного и душевного развития.

Война, в смысле отдачи детей на воспитание, явилась тяжелым испытанием для учреждений закрытого типа; те женщины, которые выращивали из года в год детей, взятых из учреждений, перестали брать новых детей или от того, что домашняя обстановка и жилищные условия и весь быт изменился, или от того, что плата за воспитание резко отставала от все более возрастающей дороговизны; и это время ознаменовалось переполнением учреждений

детьми и ухудшением положения детей. После того, как в Германии деньги перестали падать, дело воспитания в семьях в большей своей части стало восстанавливаться и учреждения закрытого типа стали приобретать свое нормальное здоровое состояние. Укажем здесь, что плата за воспитание равнялась в 1924 году 20 маркам (около 10 наших рублей), кроме того, детям выдавалось кое-что из одежды и обуви.

Стало быть, *открытое призрение в виде консультаций, закрытое в виде приютов, частично постоянного воспитания, частично временного пребывания, в виде больниц для грудных детей; далее платное воспитание в чужих семьях*— вот главнейшие мероприятия. К этому примыкает отдача грудных детей в *усыновление*, т.-е. посредничество между матерями, не могущими и не желающими сохранить у себя ребенка, и бездетными семьями, ищущими себе ребенка для усыновления. Это посредничество работает при органах самоуправления — при той или другой консультации (напр., в Дрездене) — и пользуется большим уважением, как мера помогающая детям найти новую крепкую семью. Как правило, приемные родители интересуются происхождением ребенка — его родителями, и только часть их старается, чтобы родители ребенка потеряли всякий след его, во избежание в будущем неприятных осложнений.

Это самое посредничество заключается в том, что при консультации отдельною сестрою ведется список детей, которых матери желают отдать в усыновление, дети наблюдаются консультацией, подробно исследуется состояние здоровья ребенка, он исследуется в направлении поисков туберкулеза, сифилиса и т. д. Желающие усыновить получают сведения о детях от сестры и затем выбирают себе ребенка.

Развитие яслей в Германии очень медленно двигается вперед и является явно недостаточным с нашей точки зрения. Во время войны, правда, число их увеличилось, так как большое количество женщин пошло на фабрики, но с окончанием войны женщины были вынуждены уйти с производства и много «военных» яслей позакрылось. Те ясли, которые пришлось осмотреть, напр., в Берлине при Доме имени Песталоцци и Фребеля и при оптической фабрике Цейсс в Иене с нашей точки зрения можно признать очень скромными и по размерам и по оборудованию. Частично с детьми работают девушки-подростки, которые здесь изучают уход за детьми, с целью затем пойти в качестве обученных нянь в частные семьи.

Дети в возрасте от 1 года до 6 лет — маленькие дети — дошкольники— обратили в Германии на себя внимание в широкообщественном смысле много лет после того, как забота о грудных детях и школьниках в значительной степени развилась. Эта область, можно сказать, была совершенно необработанною пустынею, лежащею между цветущими областями охраны младенчества и охраны школьного возраста. Интерес к этому возрасту долгое время не пробуждался, так как смертность его очень незначительна, но при том упускали из виду, что не только смертность является мерилом здоровья. Только, когда наблюдения немецких школьных врачей показали, что 40% вновь принимаемых школьников не удовлетворяют требованиям здоровья, тогда было обращено внимание на детей указанного возраста. Кроме того, как раз за время войны смертность детей этого возраста заметно возросла (до 50% предыдущих лет), и это, конечно, заставило обратить на детей этого возраста усиленное внимание.

Главным бичем этого возраста являются в Германии, главным образом, рахит и туберкулез. И с этими болезнями, главным образом, нужна предупредительная борьба. Этой цели служат *консультации для маленьких детей*, работающие в единении с консультациями для грудных детей. *Таковых консультаций теперь около трех тысяч.* Они или соединены с консультациями для грудных детей и с консультациями для беременных, или ведутся отдельно.

Многие матери очень довольны теми консультациями, куда сразу можно привести и грудного и маленького ребенка, что сокращает ходьбу и затрату времени. Такую консультацию мы видели в старейшем берлинском учреждении для помощи детям, основанном д-ром Гуго Нейман еще в 1898 г. Консультации для маленьких детей работают в ближайшем единении с учреждениями *по борьбе с рахитом, параличами и туберкулезом.*

Профилактическая работа особенно важна в этом возрасте потому, что детей этого возраста широкие массы населения привыкли показывать врачу в случае острого заболевания, а хронические запускаются и доходят до неизлечимости. Маленьких детей в этих немецких консультациях показывают один раз в 1 — 3 месяца, на дому их посещает сестра.

Должностные опекуны пользуются услугами в этих консультациях для наблюдения за детьми.

В том случае, если ребенок по той или другой причине является калекою, консультация сносится с консультацией для калек; эта последняя сообщает возможный план лечения и консультация всеми доступными мерами проводит этот план. Очень важное значение имеют эти консультации в деле *создания мест для поправки здоровья маленьких детей,* которых раньше именно для этого возраста не было. Создаются специальные санатории, используются все возможности дать ребенку чистый воздух и свет, которых в городских жилищах не имеется. Создаются песочные площадки для детских игр — по возможности в большем количестве, чтобы матерям было не далеко ходить.

Предполагается использовать все свободные пространства в городах для улучшения здоровья маленьких детей.

Так как в Германии много яслей и детских садов устраиваются частною благотворительностью, то органам охраны маленьких детей необходимо приходится контролировать работу этих учреждений.

Об'единение охраны маленьких детей с школьно-санитарным делом наилучшим образом достигается паспортом здоровья, который ведется в консультации для грудных детей, затем в консультации для маленьких детей и передается школьному врачу.

По вопросам этой охраны маленьких детей имеется уже и специальная литература, а в 1916 году Центральный Институт Воспитания и Преподавания в Берлине устроил специальную выставку, посвященную этому вопросу.

Смотря по средствам этих консультаций, при них также, как при консультациях для грудных детей, происходит бесплатная выдача или по себестоимости предметов ухода и специальных диэтических препаратов.

Одним из новейших интересных вопросов профилактики и лечения рахита и туберкулеза является применение в консультациях так называемого *«горного солнца»,* т.-е. специальной лампы, лучи которой действуют оздоровляющим образом на слабого ребенка; блестящие результаты получаются особенно при лечении рахита. Но интересно именно то, что некоторые деятели в этой области настаивают на широчайшем *профилактическом* применении этого горного солнца: каждый ребенок, который, в силу наследственных и социальных обстоятельств, является угрожаемым по рахиту (и туберкулезу), должен иметь возможность проделывать в течение того периода года, когда мало солнца и детей мало выпускают на воздух, один или два курса лечения горным солнцем. Так как сам аппарат и потребляемая электрическая энергия стоит недорого, то этот метод может быть действительно широко рекомендуем. Осуществится ли полное исчезновение рахита, как об этом мечтают некоторые врачи, конечно, покажет будущее. Интересно указать, что *вопросы воспитания грудных детей — вопросы педагогики, вопросы педологии* — в Германии значительно меньше дебатируются, чем у нас — даже в центральных учреждениях в Берлине и в больших центрах; вероятно, это

зависит от того, что все направлено только на сохранение жизни, а, кроме того, и известною консервативностью немецких врачей.

В то время, как в городе охрана материнства и младенчества успешно развивалась, *в деревне* это движение очень отстало. Об'ясняется это отчасти меньшею смертностью грудных детей в деревне, отчасти тем, что устои семьи и быта не так резко ломались, как в городе, и деревенская женщина имела большую возможность кормить ребенка грудью; с другой стороны, город обладал теми специалистами, которые ясно видели нужды матери и ребенка и, вместе с тем, обладали теми знаниями, которые нужны были для пропаганды и организации нового дела. Но когда при ближайшем рассмотрении оказалось, что смертность грудных детей в деревне падает более медленно, чем в городе, то стали больше обращать внимания и на деревню. Принципиально и деревенское население должно быть охвачено развитием охраны материнства и младенчества, успешному развитию, однако, препятствует еще и недостача средств и отсутствие достаточного количества высоко квалифицированных врачей специалистов. В деревне дело охраны материнства и младенчества ведет местный (участковый) врач, обязанный пополнять свои знания по охране материнства и младенчества, но главным работником — организатором — является *сестра-попечительница*.

Если просмотреть инструкцию для такой коммунальной сестры-попечительницы, то можно удивиться тем требованиям, которые ей пред'являются и той сумме работы, которая поручается ей. Сестра-попечительница должна быть не моложе 22 лет, иметь образование полного курса средней школы, 2½ года специального образования, должна обладать телесным и душевным здоровьем; *приглашается она сначала на 1 пробный год*. Она заботится о благосостоянии семей ее района, должна быть в хороших отношениях со всеми организациями, которые занимаются делом санитарной, профилактической и социальной работы, должна развивать в населении интерес к охране здоровья, особенно детей; должна помогать проводить в жизнь санитарно-гигиенические законы и участвовать в борьбе с заразными болезнями, особенно туберкулезом, должна особенно помогать семьям с большим числом детей и влиять на улучшение жилищ через соответственные органы, добиваться лучшей культуры жилищ. На ней лежит попечение о беременных и роженицах, детях от рождения до года, о калеках, о туберкулезных, о психически больных и о дефективных; она должна участвовать — если к ней за этим обратятся — и в попечении о школьниках, а также об алкоголиках и венерических больных. Ей обязаны помогать акушерки и коммунальные сестры милосердия, при чем сестра-попечительница не является ни их начальницей, ни контролером, она должна только их об'единить и организовывать, она не ухаживает сама, а только дает совет и организует помощь в отдельных случаях. Работа ее состоит в советах беременным, главным образом, в смысле социально правовой и материальной помощи, в смысле санитарного просвещения; особенное внимание оказывается внебрачным матерям. О каждом родившемся ребенке попечительница получает карточку и посещает родильницу совместно — по возможности — с акушеркой, для оказания профилактической помощи. В консультации для грудных детей она ответственна за весь порядок и является помощницей врача, ведет всю канцелярию и разные выдачи. Домашние посещения должны вестись акушерками или самой попечительницей, одна из главных задач: пропаганда грудного вскармливания. Акушерки и сама́ попечительница ведут точную регистрацию своих наблюдений. Для грудных детей попечительница должна еще заботиться о выдаче питательных смесей. Попечительница участвует и как медицинская сестра и на приемах детей после года до 6 лет, а также посещает детей этого возраста в семьях, в детских садах, приютах и т. д., при чем здесь она не является инспектором, а заботится, совместно с руководителями, о благополучии детей.

В области борьбы с туберкулезом задачи попечительницы следующие: доводить до сведения диспансеров все случаи туберкулеза, с помощью опроса всех врачей данного округа, следить за правильной их регистрацией, за применением всех мер, препятствующих распространению инфекции, в частности, за мерами дезинфекции после смерти, при смене квартиры и т. д. Далее она следит, чтобы все сожильцы туберкулезного больного были исследованы, грудные и маленькие дети, по возможности, защищены от общения с несомненно туберкулезным больным.

Один или 2 раза в неделю у попечительницы бывает прием по всем вопросам, связанным с ее деятельностью, необходимая переписка ведется ею самостоятельно, более важные документы подписываются главою данного самоуправления. Ежегодно представляется отчет на основании записей и дневника.

Из всего этого перечня видно, как высоко ставится деятельность попечительницы и какую громадную работу ей приходится проделывать; вместе с тем, ясно, что все эти многосложные обязанности — между прочим, об'единение работы других специалистов — требуют высокой культуры и обширных теоретических и практических знаний. Вместе с тем, несомненно, что плодотворная работа таких попечительниц возможна с одной стороны там, где население само по себе культурно, с другой же, там, где технически облегчается работа попечительницы хорошими путями и средствами передвижения, соответственной подходящей литературой и т. д. Все эти условия в Германии на-лицо. В частности, укажем, что для облегчения деятельности как попечительниц, так и акушерок, существуют небольшие карманные книжки-календари по специальностям, в которых они всегда могут найти все, что им нужно в том или другом случае.

В условиях настоящего момента, когда попечительнице поручается так много, а врач участка не всегда достаточно хорошо знает охрану именно младенчества, и в Германии раздаются голоса, предостерегающие против возможного развития фельдшеризма среди этих попечительниц. Противодействием этому может служить только усовершенствование врачей в данной области.

Для правильной постановки охраны материнства и младенчества *необходим квалифицированный персонал. Врачи,* работающие в этой области, главным образом, детские врачи, являются в громадном большинстве врачами с большим предварительным клиническим или больничным стажем и пользуются большим авторитетом среди обслуживаемого ими населения.

Средний персонал — сестры по уходу за грудными детьми, сестры-попечительницы и т. д. (смотри программы и тезисы Всероссийского Совещания по Охране Материнства и Младенчества, 1925, стр. 29) — производит на работе самое лучшее впечатление: видно, что *он знает, что и как надо делать, и умеет делать, и делает, что знает;* бросаются в глаза опрятность, ловкость и быстрота в работе, что особенно производит впечатление, в виду 10-часового рабочего дня сестры.

В Пруссии в настоящее время *63 школы для работающих с детьми раннего возраста, в остальной Германии еще 52.* Не касаясь здесь программы школы для сестер, необходимо указать, что занятия с сестрами ведутся, главным образом, практические, без перегрузки теорией; вместе с тем, нужно указать, что уровень знаний и культуры у поступающих на курсы так велик, что обучение их является не очень трудным делом. В некоторых учреждениях практический стаж учащихся является основой, на которой покоится весь уход за детьми. Кроме того, нужно указать, что сестры обучаются частично и *домоводству — домашнему хозяйству, с шитьем белья, изучением кухонного дела* и проч.

Основою организации *Охраны Материнства* являются в Германии несколько законов, касающихся помощи женщине в периоде беременности, по-

мощи при родах и в послеродовом периоде, помощи молодым матерям и кормящим женщинам. В указанных выше тезисах Всероссийского Совещания (стр. 29 и 30) перечислены эти законы. Законы предусматривают помощь застрахованным и их семьям и нуждающимся незастрахованным; следует, однако, здесь сказать, что помощь как членам семьи застрахованных, так и нуждающимся незастрахованным, по ее размерам, в настоящее время, тяжелое для Германии время, является совершенно недостаточною, так что эти теоретически благодетельные законы, на практике не спасают нуждающуюся женщину в этот период ее жизни от нужды и горя и, вероятно, относительно мало влияют и на благополучие рождающихся детей.

Из отдельных черт организации следует указать, что далеко не во всех родильных домах имеются *детские врачи для новорожденных,* и даже не все видные деятели в этой области считают необходимым работу детского врача в родильных домах. При посещении, однако, одного большого родильного дома, нам ясно бросилось в глаза, что, будь тут детский врач, многое улучшилось бы в положении детей.

Далее небезынтересно, что *госпитализация всех родов* точно также принципиально не считается необходимой — ни в городе, ни в деревне; с одной стороны, относительно высокая культурность жилища и быта в смысле чистоты и проч., дает хорошие результаты при домашнем родоразрешении, с другой стороны, считается, что процесс родов должен происходить дома, как интимный акт жизни, да и матери-хозяйке трудно быть вне дома. *Для помощи бедным женщинам* на дому акушерка имеет возможность пользоваться через частные благотворительные общества бельем, перевязочным материалом, лекарствами бесплатно.

С 1921 года в Германии имеется закон, по которому при оглашении предполагаемого брака чиновники Отделов Записей Актов Гражданского Состояния обязаны выдать брачущимся *специальный листок,* с указанием на важность врачебного совета перед заключением брака. В некоторых городах: Мюнхен, Фрейбург, Галле, Дортмунд и других имеются *консультации по вопросам семьи и брака.*

В Германии до сих пор существует закон, *запрещающий аборты.* Имеется большое течение за отмену этого закона, но неменьшее и за сохранение его: с отменой закона боятся наступления еще большего производства абортов, чем оно теперь наблюдается. Вместе с тем, один из видных деятелей по Охране Материнства и Младенчества, проф. Ротт, сообщил, что этот закон применяется вовсе не часто, служа только некоторым психологическим, задерживающим моментом для женщин.

Одной из частных мер, касающихся благополучия и матери и ребенка, является *устройство общежитий для одиноких матерей с детьми.* Большею частью, они организуются частными благотворительными обществами; эти общества устраивают общежития, дают некоторое количество средств на содержание, но главная часть текущих расходов оплачивается самими матерями, имеющими заработок. Такие общежития — не больше, чем на 15 матерей — являются не временным пребыванием, а постоянным жилищем, в хорошем состоянии которого каждая мать заинтересована, которым она дорожит. Те общежития, которые мы видели, имели одну хозяйку — тоже одинокая женщина с ребенком — одну фребеличку для детей и одну заведующую; эти две последние должности содержались на счет общества. В комнате помещаются 2 матери с детьми. Такая коллективная жизнь обходится матерям дешево, дети отлично питаются и достаточно хорошо воспитываются, по сравнению с теми детьми одиноких матерей, которые остаются, раз мать ушла на работу, на полный произвол в квартире и на улице.

Имперский закон об охране здоровья подрастающего поколения отводит в отделах о хранении здоровья $^{2}/_{5}$ мест *представителям населения,* ко-

торыми являются представители обществ и организаций, преследующих цели, одинаковые с отделами, и отдельные деятели, известные своими трудами. Но отделы идут дальше и стараются привлечь к своей работе, как можно больше *сотрудников-добровольцев* из всех слоев населения и из всех профессиональных организаций. В городах с количеством населения около ста тысяч, в случае хорошей организации этого дела, работает около 400—500 мужчин и женщин. Помимо участия в регулярной работе отдела, эти сотрудники создают и новые виды организованной помощи, например: *помощь соседям, поуличная помощь, организация родителей для устранения вредных влияний на детей* и т. д.

Помимо средств, которые дает коммуна, ввиду современного недостатка их в Германии, привлекаются всеми способами и *благотворительные средства:* работают разнообразные благотворительные общества и союзы, производятся самые разнообразные сборы (лотереи, продажа открыток и марок, добровольные вычеты из жалования и т. д.).

Данный краткий и очень неполный очерк имеет целью указать на основные линии и некоторые характерные черты работы по охране материнства и младенчества в Германии. Если коснуться в самых кратких чертах сравнения принципов, методов, средств и сил, которые вложены в это дело в Германии и у нас, то нужно сказать следующее: мы впереди Германии по основным вопросам — по страхованию и по оказанию помощи матери и ребенку застрахованных и их семей, отпуск матери-работнице на время выполнения обязанности материнства, льготы по работе, оплата времени кормления грудью — все это у нас лучше; положение незастрахованных, нуждающихся в Германии, принципиально улучшено, но практически мало дает; научная сторона дела в Германии выше, чем у нас и в смысле чисто медицинской и в смысле разработки статистического материала; однако, при том напряжении строительства научных учреждений, которое имеется у нас (например, Институты по Охране Материнства и Младенчества в Москве, Ленинграде, Харькове), мы, несомненно, догоним Германию, еще и потому, между прочим, что Германия остановилась из-за материального положения, а мы только начинаем работу и идем быстрыми шагами вперед; техническое оборудование учреждений в Германии, в которой до войны были вложены колоссальные средства в строения и их оборудование, выше наших значительно—в этом мы догоним их, несомненно, при под'еме нашего благосостояния; персонал более квалифицирован, чем у нас, и на это нужно обратить особенное внимание: качество персонала имеет неменьшее значение для всего дела охраны материнства и младенчества, чем средства; работа в Германии легче, чем у нас: там все грамотны и хорошо грамотны; там есть такие города, где детские врачи заявляют, что им не нужны консультации для грудных детей, а нужно только место, где матери могут взвешивать своих детей, потому что матери настолько сознательны и так хорошо подготовлены к уходу за ребенком в народной школе и через внешкольное образование, что они все знают, что касается взращивания грудного ребенка; мы должны достигнуть такой же поголовной грамотности и культурности — и тогда, при все улучшающемся техническом оборудовании, при наших широко развитых принципах охраны материнства и младенчества мы станем в этой области впереди Германии.

Охрана материнства и младенчества во Франции.

Д-р З. О. Мичник.

В первом и третьем номерах Ленинградского журнала «Охрана Материнства и Младенчества» напечатаны мои статьи об охране материнства и младенчества во Франции, главным образом, об открытом призрении. Дабы не повторяться и в виду краткости времени, я не буду в настоящем докладе говорить о частностях и деталях в организации, об отдельных учреждениях. В сегодняшнем докладе я попытаюсь дать общую характеристику этого дела во Франции, выделю в нем наиболее характерные в отрицательном и положительном смысле особенности и остановлюсь на наиболее ярких и оригинальных сторонах организации. Доклад мой, таким образом, далеко не даст исчерпывающего материала по охране материнства и младенчества во Франции; он коснется лишь отдельных моментов.

Видная деятельница по охране материнства и младенчества d-r Labeaume, подвергая критике постановку дела во Франции, так отмечает его дефекты: «Учреждений призрения во Франции множество; об этом свидетельствует 9.000 адресов, опубликованных в книге «Paris charitable, bienfaisant et social». Между тем, множество нуждающихся остается без помощи. Детская смертность высока. Дети ежедневно бросаются в большом числе на произвол судьбы, и погибают у родных и приемных родителей. Бедные не знают, к кому обращаться: учреждения не знают, кому нужна помощь. Мест в учреждениях не хватает. Нет достаточной связи между однородными учреждениями. В то же время часто для получения существенных и продолжительных результатов необходимо пользование одновременно или последовательно несколькими учреждениями: больницей, убежищем для матери, домами ребенка, приемной семьей, приютом для выздоравливающих. Таких организаций, включающих все виды помощи, почти нет. На отыскание их, в случае нужды, приходится тратить много времени и энергии».

Иначе говоря, недостатком организации дела во Франции является недостаточность и неполнота в деле оказания помощи, с одной стороны, и отсутствие связи и согласованности между одно и разнородными организациями и учреждениями — с другой. Нет ничего удивительного, что организация помощи матери и ребенку недостаточна и не совершенна, особенно, конечно, в деревне. Охрана материнства и младенчества — дело новое, молодое. Ее формы и методы еще не окончательно установлены, они растут и совершенствуются. Так повсюду, так и во Франции. Не нужно забывать, к тому же, что охрана материнства и младенчества, основанная на научных данных, преследующая широкие задачи охраны рода, улучшения расы во Франции, вырастает постепенно и медленно в последние 3 десятилетия из благотворитель-

ной помощи нуждающимся матери и ребенку, помощи, имеющей многовековую давность. Благотворительную помощь с ее отжившими формами и проявлениями сменяет общественная и государственная профилактика.

Неудивительно, что, в силу тех же исторических и социально-политических условий, нет пока преемственности в организации, нет связи и согласованности между отдельными учреждениями. Нужно вспомнить опять, что учреждения создавались в течение веков, что они возникали не из одной руководящей идеи, и не из одних рук, а создавались случайно, по частям, создавались свободно, т.-е. по частной инициативе, на частные средства. Государственный контроль и управление делом охраны материнства и младенчества отсутствовали. Этот момент — именно преобладание частной инициативы и в настоящее время является наиболее характерной особенностью французской организации. Можно смело сказать, что до сих пор дело строилось на этом базисе. Этим, главным образом, об'ясняются основные дефекты — отсутствие связи между организациями, подчас несогласованность, отсутствие планомерности и методичности в построении, недостаточность и неполнота обхвата. Недостает в деле охраны материнства и младенчества одного регулирующего начала, одной организующей руки, одного денежного котла. Эти дефекты будут изжиты с переходом всего дела в руки государства; примером чего служит государственное строительство в деле борьбы с туберкулезом. Однако, нельзя не признать, что частная инициатива и энергия, частная благотворительность сыграли и играют сейчас во Франции огромную роль в развитии дела помощи матери и ребенку, в охране материнства и младенчества. Благодаря им создались прекрасные ценные учреждения, привились лучшие, оригинальные идеи. При настоящих условиях частная инициатива и частная благотворительность двигает идею охраны материнства и младенчества, содержит тысячи учреждений, спасает сотни тысяч детских и женских жизней во Франции.

Начало участия государства в деле руководства научной мыслью и организацией положено созданием при Министерстве Труда гигиены, общественного призрения и социальной профилактики, так называемых, «высших советов», в ведении которых находятся Отд. Охраны Материнства и Младенчества, отдел рождаемости, отдел борьбы с туберкулезом и другие. Задачи высшего совета заключаются в научном и практическом изучении вопросов организации, методов и систем. Важной функцией высшего совета является оценка частных организаций и учреждений, с точки зрения их общественной полезности. Признание учреждений «общественно полезным» имеет для последнего не только формальное, но также большое жизненное значение, ибо такая оценка дает, кроме целого ряда юридических прав, также право на государственную субсидию. Тем самым под частную организацию подводится прочная финансовая база.

В то же время таким путем осуществляется до известной степени государственный контроль, при отсутствии административных функций в отношении субсидируемых организаций. Участие государства в деле охраны материнства и младенчества заключается, таким образом, в законодательных функциях, в научно-руководящей работе высшего совета и в субсидировании целого ряда частных и общественных организаций.

Что касается финансирования учреждений охраны материнства и младенчества вообще, то таковое происходит, как сказано, либо из частных средств, либо из общественных, муниципальных и коммунальных. Твердого фонда на организацию охраны материнства и младенчества в общегосударственном масштабе в государственном бюджете не существует. Смета утверждается ежегодно. Особый фонд имеется на содержание беспризорных (брошенные, подкидыши, сироты). Точно также имеется ассигнование на госу-

дарственное обеспечение материнства (выдачу пособий беременным по закону Strauss'a), пособий по предупреждению подкидывания и друг.

Для согласования работы отдельных организаций, для установления контакта между ними, для учета работы, а также для борьбы с злоупотреблениями при пользовании общественной помощью, был создан целый ряд организаций. Многие из них играют крупную роль. Однако, полного результата ни одна из них не дала. Для борьбы с злоупотреблениями и для улучшения дела оказания материальной помощи создана организация по американской системе, при помощи американского «Красного Креста», так называемого «Tichier central d'Assistance et d'Aide sociale». Организация эта имеет целью урегулировать и централизовать всю помощь нуждающимся, посредством карточной системы. Каждый нуждающийся имеет свою карточку и о каждом могут быть даны нужные справки.

Итак, во Франции существуют тысячи отдельных, мало между собою связанных, мало согласованных организаций, учреждений и систем. Однако, на фоне хаотического нагромождения тысяч организаций, уже сейчас вырисовываются те леса, по которым из прочного фундамента подымаются вверх новые, крепкие стены здания охраны материнства и младенчества, на смену отживающей случайной благотворительной помощи нуждающимся матери и ребенку. Основные государственные задачи охраны материнства и младенчества во Франции — это повышение рождаемости, с одной стороны, и повышение естественного вскармливания, как важнейшая мера борьбы со смертностью грудных детей — с другой. И та и другая задача вполне естественны. Ибо Франция имеет наиболее низкие цифры рождаемости и прироста и высокий % искусственного вскармливания детей. По смертности она занимает не самое худшее место, но, во всяком случае, хуже Англии, Бельгии, Голландии. Повышение рождаемости — дело чрезвычайно сложное и трудно разрешимое. Но, несмотря на это, для повышения рождаемости прилагается много усилий. При министерстве существует специальный отдел по рождаемости, с высшим советом при нем. Существуют законы по охране многосемейных, по премированию их. Основан целый ряд обществ, занимающихся агитацией, оказывающих помощь многосемейным, занимающихся научной разработкой вопросов евгеники и рождаемости. Законом строго преследуются аборты. Для антенатальной профилактики существует широкая и прочная организация консультаций для беременных при учреждениях охраны младенчества, при родовспомогательных учреждениях, при столовых для матерей, при больницах и амбулаториях. Но, конечно, никакие организационные меры не разрешат полностью этого сложного социально-психологического вопроса. Линия меньшего сопротивления — для повышения прироста — это борьба со смертностью. В этом отношении, как сказано, большие усилия направлены на борьбу с искусственным вскармливанием, достигшим во Франции в годы войны чуть ли не 50%. Меры для повышения естественного вскармливания — просветительные, агитационные и социальная помощь.

Такая просветительная работа ведется, главным образом, через консультации, — рожденные во Франции. Там, где возникают консультации, там неизменно наблюдается повышение естественного вскармливания и падение смертности. В 1923 году смертность по всей Франции равнялась, в среднем, 11,2%. Прирост населения в Париже за тот же год был в 4 раза выше довоенного.

Консультации имеют колоссальное распространение. В одном Париже насчитывалось их в 1924 г. свыше 235. Консультации существуют повсюду, но, конечно, не в достаточном количестве для удовлетворения всего населения страны. Высшим Советом Охраны Материнства и Младенчества внесен законопроект об организации в каждом департаменте Отдела по Охране Материнства и Младенчества, аналогичного Office Public d'Hygiène Sociale по

борьбе с туберкулезом. Отделы обязаны будут организовать в каждом районе страны консультации за счет государственного ассигнования. Сейчас консультации существуют большей частью на частные средства и имеют поэтому разные формы: от простейшей консультации Budin'овского, до диспансера, со всеми подсобными учреждениями открытого и закрытого призрения, с институтом патронажных и социальных сестер; все они имеют консультации для беременных; всюду оказывается социальная помощь; просветительная работа ведется, кроме того, посредством школ для матерей École de Puériculture, имеющихся при крупных организациях. В 1923 году издан циркуляр министерства о введении в программу начальных школ курса по гигиене ребенка. Для того, чтобы работа консультаций оказала заметное влияние на цифры заболеваемости и смертности, необходим широкий охват населения. Это достигается, во-первых, широким развитием сети учреждений, и, во-вторых, привлечением всего населения. Что касается самой сети консультаций во Франции, то она строится по принципу малых учреждений, но с возможно коротким радиусом обхвата. Как сказано, сеть еще недостаточна. Что касается привлечения матерей, то для этого существуют разные методы. Насильственного прикрепления к консультациям не существует. Зато существует целый ряд привлекающих средств. Таковыми являются: выдача через консультации премии за грудное кормление, производимые на основании закона за счет государства и общественных организаций, а также до 12 месяцев всякого рода материальная помощь неимущим, в виде бон на молоко, обеды, топливо, белье и проч. Кроме того, через консультации и его обследовательский аппарат производится проверка правильного применения закона об обеспечении беременных. Право на государственное обеспечение имеет неимущий и деклассированный элемент: безработные, брошенные, одинокие, вдовы, разведенные, больные, жены арестованных, жены солдат, многосемейные и пр. Они получают за счет государства пособие в течение 4-х недель до родов и 4-х после родов. Кормящие грудью неимущие получают добавочное пособие на кормление. Женщины трудящиеся получают отпуска на 8 недель. Кроме того, все женщины, кормящие грудью, получают дополнительно пособие за счет государства в течение 12 месяцев.

Помимо того, из фонда отдела благотворительности нуждающаяся женщина может получить всякого рода натуральную и денежную помощь, именно: боны на молоко, обеды, сухие продукты, приданое для новорожденного, квартирную плату, топливо, лекарства, игрушки, перевязочные средства для родильницы, белье, орудия производства: машины, инструменты и т. п. Органами коммунальной благотворительности оказываются бесплатная акушерская и врачебная помощь на дому, бесплатная госпитализация. Чрезвычайно целесообразным видом профилактической помощи является государственное пособие «по предупреждению подкидывания», на основании особого закона. Это пособие выдается одиноким и брошенным женщинам в течение 3-х лет жизни ребенка. Эта помощь может соединяться с другими видами помощи: по безработице, по помещению ребенка на воспитание, пособия для оплаты воспитательницы и друг. Социальная помощь нуждающейся матери и ребенку поставлена чрезвычайно широко и разнообразно. Она охватывает все виды нужды. Она предусматривает все положения. Много внимания уделяется неимущей роженице и родильнице. Для них обеспечивается врачебная помощь в больнице и на дому. Для одиноких женщин имеются разного рода приюты больничного и трудового характера. Для детей, отдаваемых на воспитание, имеются бесчисленные бюро посредничества между матерью и приемной семьей. Существуют в большом числе Pouponniére — «дома для призрения грудных детей» и т. д. По охране многосемейных существуют особые законы. Всех видов не перечесть. Организатором является государство, коммуна, частные общества и лица. Многие общества существуют несколько де-

сятков лет, другие, недавнего происхождения, построены на новейших научных принципах.

Таких организаций социальной помощи в одном Париже несколько тысяч. Но, конечно, как говорит Labeaume, их недостаточно, и многие из них единичные.

С идеологической и практической точки зрения, нужно отметить 3 организации: это, во-первых, организация «Cantines maternelles», столовых для беременных и кормящих женщин. Они организованы впервые в 1904 г., по частной инициативе Henri Caullet и получили с тех пор большое развитие в Париже и провинции. Одна организация превратилась в «федерацию столовых». Их назначение — дать каждой беременной и кормящей, независимо ни от каких условий, 2 раза в день горячую пищу из 2-х блюд. При многих столовых имеются консультации.

Вторая благотворительная, но чрезвычайно полезная организация — это общества «Oeuvre du bon lait», имеющие целью обеспечить детское население доброкачественным молоком, путем устройства соответствующих ферм и лавок. В одном Париже насчитывается несколько сот таких лавок, из которых матери получают молоко по бонам консультации.

Наконец, третья, чрезвычайно интересная и жизненная организация — это «Mutualité maternelle», взаимное страхование материнства, имеющее целью оказание помощи членам при наступлении материнства. Общество основано Felix'ом Poussineau, в 1892 г.; оно оказывает членам не только денежную помощь, но и натуральную: врачебную, акушерскую, устраивает консультации, столовые, молочные лавки и т. п. Общество пользуется дотациями государственными и частными. Вот в общих чертах то, что касается характера и видов социальной помощи.

Исключительный интерес представляет вопрос о том, каким образом эта помощь проводится в жизнь, т.-е. организация самого аппарата и квалификация работников социальной помощи.

Вопрос об организации дела социальной помощи получил в самые последние годы чрезвычайно тщательную разработку и развитие, благодаря американскому влиянию, и на этой отрасли особенно четко отмечены американская точность, методичность и стройность системы. «Аппарат» социальной помощи «Service sociale» постепенно вводится с 1920 года при больницах всех специальностей, при родовспомогательных учреждениях, диспансерах, консультациях, словом, при всех медицинских учреждениях. Сестры социальной помощи, лица с высоко общеобразовательной и с медицинской квалификацией, производят у всех нуждающихся призреваемых анкетное обследование, в учреждении и на дому, с целью выяснения степени, а, главное, характера нужды и отыскания мер для помощи не симптоматической, и не паллиативной, а казуальной, не для облегчения, а для искоренения зла. Сестра социальной помощи — посредник между больным и его семьей, медицинским учреждением и учреждением социальной и врачебной помощи. Сестра не только обследовательница, не только посредник, но и исполнитель. Она помещает больного туберкулезом в санаторию, беспризорного ребенка — в надежные руки, беременную — в нужное учреждение, безработной достает работу и т. д. и т. д. Все сведения концентрируются в особом статистическом бюро Tichier Central.

Оказание такой социальной помощи — лучшая мера для предупреждения беспризорности, для охраны внебрачных, для борьбы с туберкулезом и сифилисом. В таких случаях, когда причина болезни и нужды ребенка и матери не столько биологического, сколько социального характера — более существенной является помощь социальная, чем врачебная. Такая социальная помощь — необходимая составная часть правильно поставленного диспансера.

Большое достижение можно отметить также в деле отдачи детей на воспитание. Ни в одной стране система отдачи детей на воспитание в чужие руки не имеет такого широкого применения, как во Франции. Из одного Парижа из 45.000 рожденных в год, 10.000 отправляются в деревню. На улучшение дела особенное влияние оказали 2 момента: первый относится к 1874 году, когда был введен закон Raussel'я об обязательном государственном контроле над детьми, отданными в чужие семьи. До тех пор, однако, контроль осуществлялся, главным образом, бюрократическим путем, смертность достигала 30 и более %. С 1920 года стала применяться другая система, и этот момент нужно считать историческим. Новая система напоминает венгерскую систему, помещения детей в колонии с тем, однако, различием, что в новой системе гораздо лучше осуществляется основное условие для хорошей постановки, именно тщательный врачебный контроль.

Организация Centre d'Elevage колоний для воспитания, заключается в следующем: в здоровой в климатическом и других отношениях местности, подбираются местным врачем здоровые семьи, желающие принять детей на воспитание. Они группируются вокруг диспансера с консультацией. Через каждые 2 недели дети осматриваются врачем; еженедельно взвешиваются сестрой, ежедневно посещаются ею на дому. При диспансере — молочная кухня для выдачи смесей и фруктовых соков. Тут же маленькое стационарное отделение для приема заболевших детей до выздоровления, до отправки в больницу. Колония состоит из 25—50 детей; одной сестре поручается 25—30 детей. На основании личного ознакомления могу разделить тот энтузиазм, который вызвала эта система. Организация таких Centre d'Elevage с диспансером в центре, в деревне не только лучше всего разрешает тяжелый вопрос о призрении беспризорных во Франции, ибо по данным этих пунктов смертность не превышает 5%, но, вместе с тем, устройство такой колонии — лучший способ проведения охраны материнства и младенчества в деревне, лучший способ санитарно-профилактической и просветительной работы среди крестьянских масс населения.

От этого вопроса о патронате я перехожу к вопросу о профилактике туберкулеза раннего детского возраста. Профилактике туберкулеза и и борьбе с ним уделяется во Франции самое большое внимание. К этому делу привлечен интерес всех кругов, начиная с правительственных, кончая широкими массами. Благодаря существующему твердому государственному фонду на борьбу с туберкулезом, благодаря планомерности и систематичности в развитии и проведении мероприятий, сказывается влияние и близкое участие Американского Красного Креста и Рокфеллеровской Комиссии, дело борьбы с туберкулезом во Франции стоит на большой высоте. Руководящим органом в каждом департаменте являются, созданные в 1918 г. на основании закона, особые ведомства Office Public d'hygiène sociale. Цель их — упорядочение и согласование государственной, общественной и частной инициативы, установление связи между отдельными учреждениями. Рядом законов от 1916 г. и 1919 г. было утверждено создание диспансеров, санаторий preventorium'ов и других учреждений по борьбе с ТВС. К сожалению, за недостатком времени, я не могу остановиться на системе борьбы в целом. Из всей этой стройной, тщательно разработанной области, я хочу подчеркнуть одну сторону, именно профилактику туберкулеза раннего детства по методу Graucher.

Метод этот заключается в отдаче детей, происходящих от туберкулезных родителей в здоровые крестьянские семьи под тщательным врачебным контролем для полной изоляции от больных родителей.

Общество, под названием «Placement familial des tout petits» — «Помещение в семьи грудных детей» — впервые стало применять метод Graucher к грудному возрасту, исходя из предпосылки, что заболевание происходит

вследствие заражения в раннем детстве и что единственно верной мерой предохранения является строгая изоляция ребенка от туберкулезных родителей с первых дней жизни.

Результаты, полученные на основании опыта Graucher и других организаций, подтверждают предпосылку. Дети изолируются сейчас же после рождения. Большая часть из них, для научных целей, проходит предварительно через стационарное отделение больницы для тщательного клинического исследования. На месте в деревне, находящейся на расстоянии нескольких часов от Парижа, наблюдение и контроль осуществляется через диспансер также как описано выше в отношении детей, отданных в патронат, в колонии воспитания. По образцу этой первой организации, «Placement familial», организован целый ряд других, как для грудных детей от здоровых родителей, так и от туберкулезных. Общество имени Graucher тоже стало применять свою систему в отношении грудного возраста.

Вследствие короткого периода существования, дело не могло получить широких размеров, но, несомненно, оно имеет большую будущность, ибо результаты его блестящи. Несомненно, что диспансеризация вытеснит все другие методы патроната.

Что касается борьбы с сифилисом, то вследствие причин психологических, в борьбу с этим злом еще не вовлечены широкие общественные массы. Профилактика сифилиса, за большими исключениями, является пока больше делом органов борьбы с сифилисом, чем органов и учреждений охраны материнства и младенчества.

Из области охраны матери и работницы я хочу в двух словах остановиться на одной идее, имеющей принципиальное значение. Это именно то заключение, которое было вынесено С'ездом по Охране Материнства и Младенчества в 1922 и 24 году. Оно заключается в признании, что лучшая мера охраны работницы и ее ребенка — это обеспечение ее в течение 6-ти месяцев и больше для сохранения связи матери с ребенком. Желательно, чтобы это обеспечение осуществлялось за счет предпринимателя в размере не менее $^1/_2$ заработка. Для этого учреждаются так называемые Caisse de compensation, кассы компенсации. Самое интересное в этом вопросе то, что некоторые предприниматели по собственной инициативе вступили на такой путь компенсирования работницы в течение 6-ти месяцев, руководствуясь чисто экономическими соображениями: именно тем, что компенсирование более выгодно, чем устройство удовлетворительных яслей.

В заключение мне хочется в коротких словах сказать о подготовке и квалификации среднего персонала.

В вопросе о цензе нужно отметить одно важное достижение, именно проведение в законодательном порядке унификации профессионального ценза с введением государственного испытания.

Это касается медицинских сестер, акушерок, сестер охраны материнства и младенчества, социальных сестер и других. В деле подготовки и квалификации работников охрматмлада вообще существует большое разнообразие. Имеются специальные курсы разных типов для подготовки медико-социальных работников; специальные курсы имеются для инструкторов охраны материнства и младенчества. Интересным является то, что к делу охраны материнства и младенчества в деревне привлекаются акушерки. Принят уже законопроект о переподготовке акушерок для этих целей с улучшением материального положения.

К сожалению, за недостатком времени, я могла нарисовать только часть дела охраны мат. и млад. во Франции. Я указала на основные недостатки, конечно, они не исчерпываются указанными: их много, как везде. В общем, можно сказать, что основные недостатки и основные достоинства в каждой стране отражают национальные особенности. Недостаток, неза-

конченность компенсируются широким полетом фантазии, оригинальностью и гениальностью французской инициативы. Большинство идей охраны материнства и младенчества родились во Франции, но часто пускали более глубокие корни в других странах. Франция декретировала первый закон об охране детства в 1874 г. Франция организовала первые ясли в 1844 году; во Франции была открыта первая консультация в 1892 году; первая капля молока в 1893 году; во Франции впервые введен патронат для детей туберкулезных родителей проф. Graucher в 1903 году. Во Франции впервые введено социальное обследование сестрами социальной помощи при диспансере проф. Calmette. Им организован первый диспансер. Франция первая страна, которая ввела взаимное страхование материнства с 1891 г.; во Франции провозглашен Pinnard'ом принцип охраны беременной, устройством консультаций для беременных в 1890 году. Во Франции впервые введены премии за грудное кормление, широко развились столовые для матерей с 1904 года.

Но все эти гениальные идеи и начинания часто оставались единичными и одинокими, не получая дальнейшего развития. Французская инициатива, немецкая последовательность и научность, американская организация и русский размах и энтузиазм совместно создадут крепкое общечеловеческое здание охраны материнства и младенчества.

Охрана материнства и младенчества в Австрии.

М. М. Райц.

Охрана материнства и младенчества в Австрии тесно связана с существовавшими в прежнее время воспитательными домами, предназначенными, главным образом, для сирот и для внебрачных детей.

Воспитательные дома в Австрии, основанные в конце 18-го столетия, имели уже в то время свою собственную физиономию, отличающую их от других воспитательных домов Европы. Они обыкновенно устраивались поблизости от родильных домов, которые в Астрии были одновременно клиниками для врачей и акушерок, так что женщины, поступавшие туда для родов, служили вместе с тем и для целей преподавания. Если же женщина после родов принуждена была отдать ребенка в воспитательный дом, она должна была поступить туда вместе с ним, исполняя в течение 4-х месяцев обязанности кормилицы. Благодаря последнему обстоятельству воспитательные дома в Австрии были с самого начала своего существования настоящими учреждениями по охране младенчества, так как в стенах этих домов ребенок был обеспечен грудью матери в самые опасные для него месяцы жизни; кроме того, там получали грудное молоко младенцы, матери которых, по болезни или по другим социальным причинам, не могли кормить и воспитывать своих детей.

Что касается детской смертности, то она, дававшая в Австрии до основания воспитательных домов 90%, значительно понизилась после их открытия. Немалую роль в понижении детской смертности играла отдача детей на воспитание в семьи, что стало практиковаться довольно рано. Дети отдавались на воспитание в семьи, предварительно обследованные, имеющие рекомендацию от компетентных лиц, при чем колебания в проценте смертности детей находились в прямой зависимости от оплаты за воспитание ребенка. С повышением оплаты уменьшался процент смертности, который, в свою очередь, повышался, если оплата становилась меньше. В домах дети оставались недолго и, как только позволяло состояние их здоровья, они передавались на воспитание, при чем лица, продержавшие у себя ребенка, на первом году жизни в течение ½ года и хорошо к нему относящиеся, получали премию в размере 20 крон, или 8 рублей. Больные дети переводились на время болезни в больницу и по выздоровлении возвращались обратно приемным родителям. Особенное затруднение представляли дети сифилитики, которые отдавались на воспитание после исчезновения клинических симптомов и длительного лечения; они отдавались на искусственное вскармливание в бездетную семью и находились под систематическим врачебным надзором, при чем семья получала соответствующие указания.

Дети, отданные на воспитание, находились под наблюдением лиц, ведающих охраной детей; кроме того, отдача регулировалась законом, защищающим бедных. С течением времени воспитательные дома значительно изменились; однако, они все время оставались связующим звеном между родильными домами, откуда младенцы поступали и семьей, куда дети отдавались на воспитание. Они представляли собою дома младенца, где продолжительное время оставались только слабые больные дети.

Следующим этапом по охране младенчества было постановление о приеме в дом брачных детей, матери которых по болезни или по социальным причинам не могли кормить и воспитывать своего ребенка. Обыкновенно за этих детей платили родители, родственники или община, и если эти дети не могли быть возвращены родным, они, как и внебрачные, отдавались на воспитание. Таким образом, дома в Австрии стали убежищем для всех беспомощных и нуждающихся в уходе грудных детей, не только внебрачных, но и брачных. Кроме того, каждая мать, преимущественно внебрачная, желающая воспитать ребенка и неимеющая средств получала $^2/_3$ той оплаты, которая назначалась приемным родителям; обыкновенно эти деньги вносились семье, у которой жили беспризорные мать и ребенок.

В некоторых провинциях Австрии практиковалось помещение нуждающейся и беспризорной матери вместе с ребенком в семью, в деревню.

Как видно из приведенных статистических данных, количество детей, отданных на воспитание, значительно превышало количество детей, находящихся в учреждениях. Так, в 1906 году из 40.315 детей, находящихся на попечении государства и общества — 30.750 были на воспитании в семье и только 467 находились в учреждениях, при чем смертность среди последних равнялась 8,8%, а для Вены она была еще ниже — 7,9%.

В 1905 году при воспитательном доме в Вене было открыто впервые юридическое отделение, задачей которого была защита прав как матери, так и ребенка и привлечение отца или других родственников к оплате за воспитание ребенка.

Далее, существовавшие в Австрии еще с 1849 года ясли были регламентированы законом в 1872 году. Первые ясли были открыты в Вене, а затем на табачной фабрике в Тахау, и выработанные в то время правила приема вполне соответствуют требованиям нынешнего времени.

Первые шаги по законодательству в Австрии, касающиеся охраны младенчества, относятся в 1863 г. Собственно говоря, специальных законов по охране младенца в то время не было и закон, касающийся охраны бедных детей относился и к охране внебрачных и покинутых младенцев. Далее, законы 1870 и 1890 года обеспечивали, с одной стороны, права внебрачных детей, родившихся в Австрии, на подданство, с другой стороны, давая ребенку опекуна, они охраняли его во время пребывания в чужой семье; особенно это касалось детей в возрасте до 2 лет. С этой целью были изданы положения, которые регулировали отдачу детей на воспитание и пребывание детей в чужих семьях.

Поставленная, таким образом, на правильный путь охрана материнства и младенчества в Австрии продолжала развиваться, принимала новые формы, вызываемые жизнью, число учреждений росло и достигло сравнительно больших размеров в 1919—1921 г., когда Американский Красный Крест пришел на помощь нуждающейся и разоренной войной Австрии. Самой распространенной формой охраны как матери, так и ребенка, все время оставалось открытое призрение.

В настоящее время мы имеем в Австрии стройную систему охраны материнства и младенчества, которая сводится к целому ряду мероприятий, как законодательного, так общесанитарного, гигиенического и лечебного характера.

Охрана материнства касается каждой женщины, независимо от того, замужняя она или нет и обнимает период беременности, период родов и кормления, стараясь оградить здоровье матери от встречающихся, особенно во время родов, опасностей, и сохранить жизнь матери и ребенку.

Беременные осматриваются 1—2 раза в неделю специалистом акушером в помещении консультации для грудных детей, в те часы, когда нет детского приема. Женщины, которые являются в консультацию для беременных не позже 4 месяца и соглашаются на исследование крови по Вассерману, получают премию, при чем если у женщины кровь дает положительную реакцию, она направляется для лечения в соответствующее учреждение и за правильно проведенное и аккуратное лечение она получает пособие в течение 3 месяцев после родов. Это одна из форм борьбы с врожденным сифилисом. В консультации вместе с врачом работает сестра, которая принимает ближайшее участие во всей работе с матерями, посещая молодых и более нуждающихся женщин на дому, обследует среду, социальное положение, ведет с ними беседы по гигиене беременности и вводит их в курс дела по уходу за будущим ребенком. Она же направляет их впоследствии в родильный дом или же организует роды на дому в присутствии специально обученного персонала, подготовленной акушерки.

Беспризорные и особенно нуждающиеся женщины, живущие в плохих условиях, направляются сестрой-обследовательницей на последнем месяце беременности в учреждение по охране материнства и младенчества, где всегда есть небольшое количество коек для беременных. В Вене они направляются в Государственный Институт по Охране Материнства и Младенчества, в Дома Младенца, а также в Дома Матери и Ребенка. Кроме того, в Вене Австрийский Союз по Охране Материнства имеет свой дом, куда принимаются беременные; на время родов женщины переводятся в родильный дом, чтобы затем вернуться обратно вместе с ребенком. В среднем, женщина остается в таком доме около 3 месяцев.

На время родов, как уже было указано выше, женщины направляются в родильные дома, которые в Австрии часто связаны или находятся поблизости от акушерской клиники. Здесь женщинам дается возможность провести роды в соответствующей обстановке. Сестры по охране материнства и младенчества дежурят в родильных домах, беседуют с женщинами на тему о необходимости посещения консультаций и дают им первые советы по вскармливанию и уходу за ребенком.

В виду того, что существующее в Австрии количество коек для родильниц недостаточно, женщины остаются в родильных домах от 8 до 10 дней, что часто бывает мало для восстановления их здоровья. С этой целью страховые кассы и благотворительные общества имеют в своем распоряжении дома матери, где женщины после родов, выписавшись из родильного дома, остаются некоторое время для укрепления своего здоровья. Тем матерям, у которых дети остаются дома, нередко посылаются женщины, которые во время отсутствия матери ведут хозяйство, ухаживают за детьми и первую неделю после возвращения матери делят с ней работу. Если семья сама не в состоянии оплатить таких женщин, ее оплачивают страховые кассы, союз по охране матери и частные общества.

Как уже было указано выше, в родильных домах часто не хватает коек для всех желающих, а поэтому часть женщин принуждена проводить роды на дому. Такие женщины бывают, обыкновенно, обеспечены на дому медицинской помощью. Для этой цели имеются специально подготовленные акушерки, которые присутствуют при родах и производят ежедневно уход за родильницей в течение 8 дней. В случае патологических родов акушерка приглашает врача или же отправляет женщину в акушерскую клинику.

Особую форму помощи родильницам представляет выдача так называемых странствующих корзин нуждающимся женщинам, рожающим на дому: в корзине находятся вещи, необходимые для родов (ведра, таз, подстилка, полотенце, носильное и постельное белье, вата, мыло и т. п.). Часть вещей женщина получает взаимообразно, а часть в виде подарка, при чем корзина выдается бесплатно или за небольшое вознаграждение. После окончания родильного периода корзина возвращается, дезинфицируется и идет опять в ход для следующей партии нуждающихся женщин. Особенно много таких корзин было выпущено в Австрии Американским Красным Крестом в голодное время. Помимо корзин для матери, они выпустили также и корзины для детей. Там, где нет этих странствующих корзин или когда их не хватает, женщина получает материальную помощь деньгами или натурой на время родов от страховых касс и частных благотворительных обществ. Такую задачу ставят себе в Вене Союз Охраны Матерей, Социальная Помощь, Австрийский Союз Охраны Материнства и Младенчества и т. д. Чтобы облегчить матерям кормление детей — особенно матерям, занятым в производстве, на фабриках и заводах — устраиваются комнаты, где матери могут кормить своих детей несколько раз в день, не теряя на это слишком много времени. Некоторым из матерей приносят детей для кормления; другие же матери являются на работу вместе с ребенком, который целый день остается в комнате при фабрике под наблюдением сестры (упрощенные ясли). Матери, кормящие своих детей грудью, ведущие правильный уход за своим ребенком, получают пособие в течение 3 месяцев после родов. Кроме того, существуют еще премии за грудное вскармливание. Эти премии являются одной из форм пропаганды естественного вскармливания. Кормящие женщины освобождаются от ночных работ и несут в производстве более легкую работу.

Что касается охраны младенчества, которая имеет целью сохранить жизнь ребенка и дать ему правильное физическое и психическое развитие то оно, как уже было сказано выше, неразрывно связано в Австрии с охраной материнства так же, как органически связаны мать и ребенок. Главным орудием борьбы со сравнительно высокой детской смертностью является в Австрии открытое призрение, для чего, с одной стороны, имеется сеть консультаций для грудных детей, с другой стороны, практикуется широко отдача беспризорных детей на воспитание с планомерной системой контроля, с тщательным выбором приемных родителей, учреждением института опекунов.

Одним из важных моментов в охране младенца является обучение матери в смысле приобретения правильных взглядов и навыков по вскармливанию и уходу за ребенком, а также и пропаганда грудного кормления. Последнее в особенности является залогом успешного развития младенца. Как обучение матерей, так и пропаганда грудного кормления, лучше всего проводится в консультации для грудных детей, которых в настоящее время в Вене насчитывается около 45. В деревнях консультаций пока мало. Благодаря дежурствам патронажных сестер в родильных домах, матери сравнительно рано привлекаются в консультацию, где получают соответствующее указание; таким образом, они в состоянии предотвратить болезнь, вытекающую из неправильного ухода и нерационального вскармливания.

Для привлечения большего количества матерей в консультацию выдаются пособия нуждающимся матерям деньгами или натурой в виде белья, с'естных припасов, предметов ухода за ребенком, а также и премии за правильное грудное вскармливание. Женщинам, живущим далеко, выдаются билеты на трамвай. Кроме того, консультация является контролирующим органом для детей, взятых на воспитание. Женщины, взявшие детей, обязаны приносить своих воспитанников на осмотр в известные промежутки времени. Консультация следит также за внебрачными детьми грудного возраста, живущими у своих родных в районе ее действия. Сами матери, в слу-

чае нужды, могут получать плату за воспитание своего собственного ребенка только несколько в меньшем размере. Некоторые консультации берут на себя обязанность следить, чтобы выпускаемое на рынок молоко, было бы подходящим питанием для грудных детей. При консультации, как правило, существует Институт сестер, которые, бывая на приемах у врача, обязаны посещать на дому детей, приходящих в консультацию. Больные дети посещаются чаще, чем здоровые, и, наконец, консультация, помимо школы для матерей, является школой для подготовки сестер по охране материнства и младенчества. Здесь сестра учится не только уходу за грудным ребенком, но, посещая ребенка на дому, знакомится с условиями жизни младенца, и учит мать уходу за ним в домашней обстановке. Для целей обучения как матерей, так и сестер, консультация имеет выставку по уходу и вскармливанию ребенка.

Молочные кухни существуют в Австрии при консультациях или при закрытых учреждениях, они обслуживают детей, матери которых не в состоянии их кормить или же кормят их в недостаточной степени. Кроме того, молочные кухни существуют также и как самостоятельные учреждения. Некоторые из них имеют свою ферму и снабжают бесплатно нуждающихся хорошим детским молоком. Такая кухня находится в Вене в ведении Союза Заботы о грудных и малых детях.

Одной из наиболее распространенных форм открытого призрения, практикуемого почти во всей Европе, является отдача детей на воспитание, которая проводится в Австрии с XVIII столетия и дает хорошие результаты при условии систематического контроля, тщательного выбора приемных родителей и учреждений института опекунов.

Не буду здесь перечислять условий правил отдачи детей на воспитание, так как они немногим отличаются от вышеприведенного, скажу только, что контроль над грудными детьми осуществляется, во-первых, консультацией, во-вторых, посещением на дому сестрой и врачем, в-третьих назначением опекуна и, в-четвертых, местными органами, ведающими охраной внебрачных детей.

С 1918 года в Вене опекунство над внебрачными, а в некоторых случаях и над брачными детьми, взяло на себя городское управление в лице районных организаций по охране детства и юношества, которое и привлекает отцов к уплате за воспитание ребенка. Опекунство с 1921 года распространяется на всех внебрачных детей без всякой зависимости от того, получают ли они какой-либо вид помощи или нет.

Большую роль в деле борьбы с детской смертностью, а в частности в деле открытого призрения играют в Австрии специально подготовленные для этой цели сестры, знакомые не только с уходом за матерью и ребенком, но и с социальной гигиеной. Курсы для подготовки подобных сестер были впервые организованы в Вене при государственном Институте по Охране Материнства и Младенчества и все учреждения были предоставлены будущим сестрам как для теоретических, так и для практических занятий. Курсы предполагались 2-годичные, но в виду крайней необходимости в сестрах, они на первое время были ограничены 1 годом, но зато были повышены требования к поступающим на курсы в смысле общего развития и интеллигентности.

В виду того, что в Австрии сравнительно мало больших городов и что круг работы сестер в будущем должен распространяться, главным образом, на малые города и деревни, большое количество мест было предоставлено провинции, откуда и были командированы на курсы местные работники.

Сестра, живя при учреждении, работая в школе теоретически и практически, ведя сначала под руководством, а потом самостоятельно работу по вскармливанию и уходу за грудным ребенком и матерью, получала хорошую

подготовку и являлась на месте желанным работником. Кроме того, неся дежурства в родильных домах и в консультации, посещая детей на дому, будущая сестра знакомится с условиями жизни ребенка и матери, с их обстановкой и, учитывая все обстоятельства, она проводит идеи охраны материнства и младенчества в семье, где ей нередко приходится бороться с существующими предрассудками. Такая сестра должна быть знакома с правовой стороной вопроса матери и ребенка, так как ей нередко приходтся указывать нуждающейся женщине ее права и путь к защите. В число лекций для сестер были включены и лекции по социальной гигиене. Подготовленные, таким образом, сестры ведут, главным образом, профилактическую и культурно-просветительную работу. Для полузакрытого призрения детей существуют в Австрии ясли, как уже было указано выше, открытые впервые в 1849 г. Освобождая женщину на день от ребенка, они дают ей возможность принимать участие в производстве. Такие ясли организуются преимущественно на фабриках и заводах, а иногда и по районам.

В домах ребенка и прежних воспитательных домах дети остаются только временно и недолго, более продолжительное время остаются только больные дети. Эти дома в Вене обставлены очень хорошо и на них стоит остановиться:

I. Государственный Институт по Охране Материнства и Младенчества — специально выстроенное здание в 1914 году и начавшее, из-за войны, функционировать, как таковое, только в 1915 г. Это учреждение было и является до сих пор: 1) учебным, так как выпускает ежегодно известное количество хорошо подготовленных сестер. Кроме того, здесь проводятся курсы по усовершенствованию врачей в области охраны материнства и младенчества.

2) Оно является убежищем для беспризорных и нуждающихся детей в возрасте до 3 лет, а также и для матерей с детьми, которым, по социальным условиям, некуда деваться после родов, и

3) Учреждение, принимая больных детей в возрасте до 3 лет, исполняет и лечебную функцию.

Институт рассчитан на 120 детей, при чем 80 коек предоставлено детям грудного возраста и 40 коек для детей от 1 до 3 лет. При учреждении находится консультация и хорошо оборудованная молочная кухня.

II. Центральный Дом Ребенка, бывший воспитательный дом, рассчитанный на 750 детей, куда принимаются дети в возрасте до 2 лет. Часть детей принимается вместе с матерями, но в отдельную комнату. В каждой комнате помещается не больше 5 детей. Дети эти остаются в доме не менее 21 дня и затем передаются на воспитание. Здесь же имеется отделение для сифилитиков (на 60 человек) и для гоноррейных (на 100 человек).

III. Распределитель для детей в возрасте нескольких месяцев и до 14 лет. Распределитель открыт только в 1925 году и имеет 60 кроватей для детей грудного возраста. Здание выстроено специально под распределитель и оборудовано согласно последнему слову техники и медицины.

Для больных детей грудного возраста имеются специальные отделения в детских больницах, открытие которых было вызвано самой жизнью.

Планомерная сеть учреждений по охране материнства и младенчества в Австрии содержится частью на средства государства, частью за счет местных управлений. Кроме того, в деле борьбы с детской смертностью принимают участие общественные и частные организации.

В виду недостатка средств, планомерная сеть учреждений имеется, главным образом, в больших городах; в маленьких же городах и деревнях есть только отдельные учреждения, да и то не повсюду.

Законодательство по охране женщины в Австрии в 1919 г. ограничило рабочий день женщины 8 часами и запретило женщине ночную работу. Закон

1917 и 1919 годов освобождает от работы беременную женщину, занятую в производстве, за 6 недель до родов и на такой же срок после родов. Далее есть еще указание на то, что женщина во весь период ее беременности должна допускаться к более легкой работе так же, как и кормящая женщина, которая, кроме того, имеет право на 2½-часовой отдых днем (1922 г.). Кроме того, женщина после родов имеет право на получение от страховых касс пособий и премий за грудное вскармливание.

В виду того, что законодательная часть охватывает не всех женщин, а, главным образом, только застрахованных, в последнее время стали раздаваться голоса в пользу общего государственного страхования матерей; особенно после того, как в Германии были организованы частные кассы материнства, признанные государством; кассы эти подчинены закону о страховании и имеют возможность оказывать своим членам пособие в течение 3 месяцев до и после родов, а также выдавать премии за кормление.

Кроме того, законодательство в Австрии касается также детей, отданных на воспитание, и внебрачных детей даже тогда, когда они воспитываются у своих родителей. Закон, изданный 4 февраля 1919 года, гласит:

1) Лица, желающие взять детей на воспитание, должны иметь разрешение от общины или города, где они живут. Разрешение получают лица, которые известны своим хорошим отношением к детям, имеют соответствующее помещение и для ребенка отдельную кровать.

2) Извещение о возвращении ребенка или его смерти должно быть сделано в течение 24 часов.

3) Дети, отданные на воспитание, находятся под контролем органов, ведающих охраной беспризорных и внебрачных детей. Эти органы имеют право осматривать помещения, получать сведения о питании, воспитании и состоянии здоровья ребенка, а также требовать, чтобы ребенок время от времени был показан врачу; исключения делаются для детей, находящихся на воспитании у родителей, опекунов, родственников, или помещенных в учреждения.

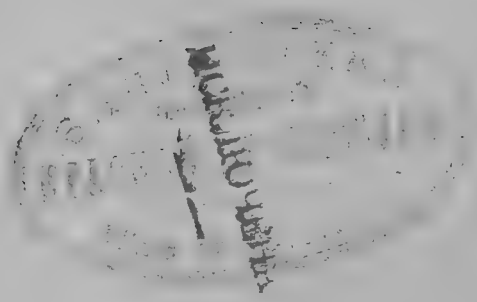
4) Закон имеет право отбирать детей, отданных на воспитание, если семья, взявшая ребенка, оказывается неподходящей, и выдавать им соответствующее удостоверение о непригодности (так называемые черные листы, которые передаются всем органам, ведающим охраной детей).

Внебрачные дети, остающиеся у своих родителей, также охраняются законом, приблизительно в такой же форме, как и дети, отданные в чужие семьи.

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Предисловие 3
Программа с'езда 9
Норма представительства и состав с'езда 10
Лебедева, В. П. — Итоги и перспективы охраны материнства и младенчества . 11
Федер, Е. — Работа в деревне 35
Ногина, О. П. — Диспансеризация в области охраны материнства и младенчества 51
Триполова. — О социальной помощи матерям на Украине 59
Павловский, В. А. — Опыт отдачи детей на патронат в гор. Москве . . . 63
Боголепов, П. П. — О взаимном страховании материнства 70
Генс, А. — Проверка нашей политики по вопросу об абортах 80
Дурново, А. С., проф. — Руководящие основания педагогики раннего детского возраста 96
Митина, А. и Аксарина, Н. — Педагогическая практика в учреждениях для детей раннего возраста 109
Файвусович, А. А. — Педагогическая работа с детьми до года 116
Бибанова, Е. Г. — Педагогическая работа в детских учреждениях п/отдела охрматмлада в гор. Москве 122
Рахманов, А. Н. — Консультация для женщин 130
Михайловский, проф. — О рождаемости и смертности населения Союза ССР 139
Кувшинников, П. А. — Вопросы санитарной статистики 151
Сперанский, Г. Н., проф. — Государственный научный институт охраны материнства и младенчества Наркомздрава 154
Менделева, Ю. А. — Ленинградский научный институт охраны материнства и младенчества 161
Лагутяева, А. И. — О подготовке среднего персонала для учреждений материнства и младенчества 165
Сперанский, Г. Н., проф. — Охрана материнства и младенчества в Англии . 170
Альтгаузен, Н. Ф. — Об охране материнства и младенчества в Германии . 175
Мичник, З. О. — Охрана материнства и младенчества во Франции 185
Райц, М. М. — Охрана материнства и младенчества в Австрии 193



12721

Цена 2 р. 50 к.

ИЗДАТЕЛЬСТВО
„ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА“
Москва, М. Черкасский пер., д. 2/6
Тел. 4-15-90 до 93, доб. 23